Nr. 4. Sonntag den 22. Januar 1893. XXXIV. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

# Wiener Medizinische Presse.

## Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860. Redigirt von **Dr. Anton Bum.** Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.



### Originalien und klinische Vorlesungen.

## Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene.

Von **Dr. Josef Breuer** und **Dr. Sigm. Freud** in Wien.*)

Meine Herren!

Ich trete heute vor Sie hin mit der Absicht, Ihnen das Referat über eine Arbeit zu erstatten, deren erster Theil unter dem Namen JOSEF BREUER's und dem meinigen bereits im „Centralblatt für Neurologie" publicirt wurde. Wie Sie aus dem Titel der Arbeit ersehen, handelt sie von der Pathogenese der hysterischen Symptome und läßt errathen, daß die nächsten Gründe für die Entstehung hysterischer Symptome auf dem Gebiete des psychischen Lebens zu suchen sind.

Ehe ich aber weiter auf den Inhalt dieser gemeinsamen Arbeit eingehe, muß ich Ihnen sagen, an welche Stelle sie gehört und muß Ihnen den Autor und Fund nennen, an den wir, wenigstens der Sache nach, angeknüpft haben, wenngleich die Entwicklung unseres Beitrages eine durchaus selbstständige war.

Sie wissen, meine Herren, alle unsere neuen Fortschritte im Verständniß und in der Erkenntniß der Hysterie knüpfen an die Arbeiten von CHARCOT an. CHARCOT hat in der ersten Hälfte der Achtziger-Jahre angefangen, seine Aufmerksamkeit der „großen Neurose", wie die Franzosen sagen, der Hysterie zu schenken. In einer Reihe von Forschungen hat er es dahin gebracht, Regelmäßigkeit und Gesetz dort nachzuweisen, wo unzulängliche oder verdrossene klinische Beobachtung Anderer nur Simulation oder räthselhafte Willkür gesehen. Man kann sagen, direct oder indirect geht auf seine Anregung Alles zurück, was wir in der letzten Zeit Neues von der Hysterie erfahren haben. Unter den vielfachen Arbeiten CHARCOT's steht aber meiner Schätzung nach keine höher als jene, in welcher er uns die traumatischen Lähmungen, welche bei Hysterie auftreten, verstehen lehrte, und da es gerade diese Arbeit ist, als deren Fortsetzung die unsere erscheint, bitte ich Sie zu gestatten, daß ich dieses Thema nochmals ausführlicher vor Ihnen behandle.

Nehmen Sie den Fall an, ein Individuum, welches vorher nicht krank gewesen, vielleicht nicht einmal hereditär belastet sei, werde von einem Trauma betroffen. Dieses Trauma muß gewisse Bedingungen erfüllen; es muß schwer sein, d. h. von der Art, daß die Vorstellung einer Lebensgefahr, der Bedrohung der Existenz damit verbunden ist; es darf aber nicht schwer sein in dem Sinne, daß die psychische Thätigkeit dabei aufhört; sonst entfällt der Effect, den wir davon erwarten; es darf also z. B. nicht mit einer Gehirnerschütterung, mit einer wirklichen schweren Verletzung einhergehen. Ferner muß dieses Trauma eine besondere Beziehung zu einem Körpertheil haben. Nehmen Sie an, ein schweres Scheit Holz trifft einen Arbeiter auf die Schulter. Dieser Stoß wirft ihn nieder, doch überzeugt er sich bald, daß nichts geschehen sei und er geht mit einer leichten Quetschung nach Hause. Nach einigen Wochen oder nach Monaten erwacht er eines Morgens und bemerkt, daß der Arm, den das Trauma getroffen hat, schlaff, gelähmt herabhängt, nachdem er ihn in der Zwischenzeit, gewissermaßen in der Incubationszeit, vollkommen gut gebraucht hat. Wenn es ein typischer Fall war, so kann es vorkommen, daß sich eigenthümliche Anfälle einstellen, daß das Individuum nach einer Aura plötzlich zusammenfällt, tobt, delirirt, und wenn es in diesem Delirium spricht, ist daraus zu entnehmen, daß sich in ihm die Scene des Unfalles, etwa mit verschiedenen Phantasmen ausgeschmückt, wiederholt. Was ist hier vorgegangen, wie ist dieses Phänomen zu erklären? CHARCOT erklärt diesen Vorgang, indem er ihn reproducirt, indem er die Lähmung künstlich an einem Kranken erzeugt.

Er bedarf dazu eines Kranken, der sich schon in einem hysterischen Zustand befindet, des Zustandes der Hypnose und des Mittels der Suggestion. Einen solchen Kranken versetzt er in tiefe Hypnose, gibt ihm einen leichten Schlag auf den Arm, dieser Arm fällt herab, ist gelähmt und zeigt genau dieselben Symptome, wie bei spontaner traumatischer Lähmung.

*) Vortrag, gehalten von Dr. SIGM. FREUD in der Sitzung des „Wiener med. Club" am 11. Januar 1893. Vom Vortr. revidirtes Original-Stenogramm der „Wiener Med. Presse".

Dieser Schlag kann auch ersetzt werden durch directe verbale Suggestion: „Du, Dein Arm ist gelähmt“; auch da zeigt die Lähmung den nämlichen Charakter.

Versuchen wir, diese beiden Fälle miteinander zu analogisiren. Hier das Trauma, dort die traumatische Suggestion; der Endeffect, die Lähmung ist in beiden Fällen ganz der nämliche. Wenn das Trauma des einen Falles im anderen Falle ersetzt werden kann durch die verbale Suggestion, so liegt es nahe, anzunehmen, daß auch bei der spontanen traumatischen Lähmung eine solche Vorstellung an der Entstehung der Lähmung schuld war, und in der That berichtet eine Anzahl von Kranken, daß sie im Moment des Traumas wirklich die Empfindung hatten, daß ihr Arm zerschmettert sei. Dann wäre das Trauma wirklich durchaus gleichzusetzen der verbalen Suggestion. Dann fehlt aber noch ein Drittes, um die Analogie zu vervollständigen. Damit die Vorstellung „der Arm ist gelähmt“ bei dem Kranken wirklich eine Lähmung hervorrufen konnte, war nothwendig, daß sich der Kranke im Zustand der Hypnose befinde. Der Arbeiter befand sich aber nicht in Hypnose, wir können jedoch annehmen, daß er sich während des Traumas in einem besonderen Geisteszustand befand, und CHARCOT ist geneigt, diesen Affect gleichzustellen dem künstlich hervorgerufenen Zustand der Hypnose. Damit ist die traumatische spontane Lähmung vollständig erklärt und in Analogie gebracht mit der durch Suggestion erzeugten Lähmung, und das Entstehen des Symptoms ist durch die Umstände des Traumas eindeutig determinirt.

Dasselbe Experiment hat CHARCOT aber auch zur Erklärung der Contracturen und Schmerzen, welche bei traumatischer Hysterie auftreten, wiederholt, und ich möchte sagen, daß CHARCOT selbst kaum in irgend einem anderen Punkte so tief in das Verständniß der Hysterie eingedrungen ist, wie gerade in dieser Frage. Aber hier endet seine Analyse, wir erfahren nicht, wie andere Symptome entstehen und vor Allem nicht, wie die hysterischen Symptome bei der gemeinen, nicht traumatischen Hysterie zu Stande kommen.

Meine Herren! Ungefähr gleichzeitig, als CHARCOT die hystero-traumatischen Lähmungen auf diese Weise durchleuchtete, hat Dr. BREUER 1880—1882 einer jungen Dame seinen ärztlichen Beistand geschenkt, welche sich — durch nicht traumatische Aetiologie — bei der Pflege ihres kranken Vaters eine schwere und complicirte Hysterie mit Lähmungen, Contracturen, Sprach- und Sehstörungen und allen möglichen psychischen Besonderheiten zugezogen hatte. Dieser Fall wird seine Bedeutung für die Geschichte der Hysterie behalten, denn er war der erste Fall, wo es dem Arzte gelang, alle Symptome des hysterischen Zustandes zu durchleuchten, von jedem Symptom die Herkunft zu erfahren und gleichzeitig den Weg zu finden, dieses Symptom wieder zum Verschwinden zu bringen; es war sozusagen der erste durchsichtig gemachte Fall von Hysterie. Dr. BREUER bewahrte die Schlußfolgerungen, welche dieser Fall ziehen ließ, bei sich, bis er die Gewißheit erlangt hatte, daß er nicht vereinzelt dastehe. Nachdem ich im Jahre 1886 von einem Studienaufenthalt bei CHARCOT zurückgekehrt war, begann ich, in stetem Einvernehmen mit BREUER, eine größere Reihe von hysterischen Kranken genau zu beobachten und nach dieser Richtung hin zu untersuchen, und fand, daß das Verhalten jener ersten Patientin in der That ein typisches war, und daß die Schlüsse, zu welchen dieser Fall berechtigte, auf eine größere Reihe, wenn nicht auf die Gesammtzahl der Hysterischen übertragen werden dürfen.

Unser Material bestand aus Fällen von gemeiner, also nicht traumatischer Hysterie; wir gingen so vor, daß wir uns bei jedem einzelnen Symptom nach den Umständen erkundigten, unter denen dieses Symptom zuerst aufgetreten war, und uns auf diese Art auch über die Veranlassung Klarheit zu verschaffen suchten, welche möglicher Weise für dieses Symptom maßgebend sein konnte. Nun meinen Sie ja nicht, daß das eine einfache Arbeit ist. Wenn Sie Patienten in dieser Beziehung ausfragen, so bekommen sie meist zunächst gar keine Antwort; in einer kleinen Reihe von Fällen haben die Kranken ihre Gründe, das, was sie wissen, nicht zu sagen, in einer größeren Anzahl haben die Patienten thatsächlich keine Ahnung von dem Zusammenhange der Symptome. Der Weg, auf welchem etwas zu erfahren ist, ist schwierig und folgendermaßen: Man muß die Kranken in Hypnose versetzen und sie dann nach der Herkunft eines gewissen Symptomes ausfragen, wann dasselbe zum ersten Male aufgetreten, und an was sie sich dabei erinnern. In diesem Zustande kehrt die Erinnerung, über welche sie im wachen Zustande nicht verfügen, zurück. Auf diese Art haben wir erfahren, daß, um es grob zu sagen, hinter den meisten, wenn nicht hinter allen Phänomenen der Hysterie ein mit Affect betontes Erlebniß steckt, und daß ferner dieses Erlebniß von solcher Art ist, daß es das Symptom, welches sich darauf bezieht, unmitttelbar verstehen läßt, daß also dieses Symptom wieder eindeutig determinirt ist. Jetzt kann ich bereits den ersten Satz formuliren, zu welchem wir gelangt sind, wenn Sie mir gestatten, dieses mit Affect betonte Erlebniß gleichzustellen jenem großen traumatischen Erlebniß, welches der traumatischen Hysterie zu Grunde liegt: Es besteht eine volle Analogie zwischen der traumatischen Lähmung und der gemeinen, nicht traumatischen Hysterie. Der Unterschied ist nur der, daß dort ein großes Trauma eingewirkt hat, während hier selten ein einziges großes Ereigniß zu constatiren ist, sondern eine Reihe von affectvollen Eindrücken; eine ganze Leidensgeschichte. Es hat aber nichts Gezwungenes, diese Leidensgeschichte, welche sich bei Hysterischen als veranlassendes Moment ergibt, mit jenem Unfall bei der traumatischen Hysterie gleichzustellen, denn es zweifelt heute Niemand mehr, daß auch bei dem großen mechanischen Trauma der traumatischen Hysterie es nicht das mechanische Moment ist, welches zur Wirkung kommt, sondern der Schreckaffect, das psychische Trauma. Es ergibt sich also daraus als Erstes, daß das Schema der traumatischen Hysterie, wie es CHARCOT für die hysterischen Lähmungen gegeben hat, ganz allgemein für alle hysterischen Phänomene oder wenigstens für die größte Zahl derselben gilt; überall handelt es sich um die Wirkung psychischer Traumen, welche die Natur der so entstehenden Symptome eindeutig bestimmen.

Gestatten Sie mir nun, Ihnen hiefür einige Beispiele vorzuführen. Zunächst ein Beispiel für das Auftreten von Contracturen. Die bereits erwähnte Patientin BREUER's wies während der ganzen Zeit ihrer Krankheit eine Contractur des rechten Armes auf. In der Hypnose stellte sich heraus, daß sie zur Zeit, als sie noch nicht erkrankt war, einmal folgendes Trauma erlitten hatte: Sie saß halbschlummernd am Bette des kranken Vaters und hatte den rechten Arm über die Sessellehne hängen, wobei ihr derselbe einschlief. In diesem Momente hatte sie eine schreckhafte Hallucination, welche sie mit ihrem Arm abwehren wollte, was aber nicht gelang. Darüber erschrack sie heftig und damit war die Sache vorläufig auch abgethan. Erst mit dem Ausbruch der Hysterie kam es zur Contractur dieses Armes. Bei einer anderen Kranken beobachtete ich ein eigenartiges Schnalzen mit der Zunge mitten in der Rede, ähnlich dem Balzen des Auerhahns. Ich kannte dieses Symptom an ihr bereits Monate lang und hielt es für einen Tic. Erst als ich zufällig einmal in der Hypnose mich nach dem Ursprung desselben erkundigte, stellte sich heraus, daß das Geräusch bei zwei Gelegenheiten zum ersten Male aufgetreten war, wo sie beide Male den festen Vorsatz hatte, sich absolut ruhig zu verhalten, einmal als sie ihr schwerkrankes Kind pflegte — Krankenpflege kommt oft in der Aetiologie der Hysterie vor — und sich vornahm, dasselbe, das eben eingeschlafen war, durch kein Geräusch zu wecken. Aber die Furcht vor der That schlug in die Action um (hysterischer Gegenwille!) und, die Lippen aufeinanderpressend, machte sie jenes schnalzende Geräusch mit der Zunge. Dasselbe Symptom entstand viele Jahre später ein zweites Mal, als sie sich gleichfalls vorgenommen hatte, sich

absolut ruhig zu verhalten und verblieb von da an. Oft reicht eine einzige Veranlassung nicht hin, um ein Symptom zu fixiren, wenn aber dieses selbe Symptom mehrere Male mit einem gewissen Affect auftritt, dann fixirt es sich und bleibt.

Eines der häufigsten Symptome der Hysterie ist Anorexie und Erbrechen. Ich kenne eine ganze Reihe von Fällen, welche das Zustandekommen dieses Symptomes in einfacher Weise erklären. So persistirte bei einer Kranken das Erbrechen, nachdem sie einen sie kränkenden Brief unmittelbar vor dem Essen gelesen und nach demselben Alles wieder erbrochen hatte. In anderen Fällen läßt sich der Ekel vor dem Essen mit aller Bestimmtheit darauf beziehen, daß Personen durch die Institution des gemeinsamen Tisches genöthigt sind, mit Personen zusammen zu essen, die sie verabscheuen. Der Ekel überträgt sich dann von der Person auf das Essen. Besonders interessant in dieser Beziehung war jene erwähnte Frau mit dem Tic; diese Frau aß ungemein wenig und nur gezwungen; in der Hypnose erfuhr ich, daß eine Reihe von psychischen Traumen schließlich dieses Symptom, den Ekel vor dem Essen, hervorgebracht hatte. Schon als Kind wurde sie von der sehr strengen Mutter angehalten, das Fleisch, welches sie zu Mittag nicht gegessen hatte, zwei Stunden nach Tisch kalt und mit dem erstarrten Fett zu essen; sie that dies mit großem Ekel und behielt die Erinnerung daran, so daß sie, auch als sie später nicht mehr zu dieser Strafe gezwungen war, stets mit Ekel zu Tisch ging. 10 Jahre später theilte sie den Tisch mit einem Verwandten, welcher tuberculös war und während des Essens stets über den Tisch hinüber in die Spuckschale spuckte; einige Zeit später war sie gezwungen, mit einem Verwandten zu essen, von welchem sie wußte, daß er an einer ansteckenden Krankheit leide. Die Patientin BREUER's benahm sich eine Zeit lang wie eine Hydrophobische; in der Hypnose stellte sich als Grund hiefür heraus, daß sie einmal unvermuthet einen Hund aus einem ihrer Wassergläser hatte trinken gesehen.

Auch das Symptom der Schlaflosigkeit und Schlafstörung findet meist die präciseste Erklärung. Eine Frau konnte z. B. durch Jahre erst um 6 Uhr Früh einschlafen. Sie hatte lange Zeit Thür an Thür mit ihrem kranken Mann geschlafen, welcher Morgens um 6 Uhr aufstand. Von dieser Zeit an fand sie Ruhe zu schlafen, und so benahm sie sich auch dann viele Jahre später während einer hysterischen Erkrankung.

Ein anderer Fall betraf einen Mann. Ein Hysteriker schläft seit 12 Jahren sehr schlecht; aber seine Schlaflosigkeit ist von ganz eigener Art. Während er im Sommer ausgezeichnet schläft, schläft er im Winter recht schlecht, und ganz besonders schlecht im November. Womit dies zusammenhängt, davon hat er keine Ahnung. Das Examen ergibt, daß er vor zwölf Jahren im November bei seinem an Diphtheritis erkrankten Kind viele Nächte hindurch gewacht hatte. Ein Beispiel von Sprachstörung liefert die wiederholt erwähnte Patientin BREUER's. Diese sprach während einer langen Periode ihrer Krankheit nur englisch; weder sprach, noch verstand sie das Deutsche. Dieses Symptom ließ sich auf ein Ereigniß noch vor Ausbruch ihrer Krankheit zurückführen. In einem Zustande großer Angst versuchte sie zu beten, fand aber keine Worte. Endlich fielen ihr ein paar Worte eines englischen Kindergebetes ein. Als sie später erkrankte, stand ihr nur das Englische zur Verfügung.

Nicht in allen Fällen ist die Determination des Symptoms durch das psychische Trauma so durchsichtig. Es besteht oft nur eine sozusagen symbolische Beziehung zwischen der Veranlassung und dem hysterischen Symptom. Das bezieht sich besonders auf Schmerzen. So litt eine Kranke an bohrenden Schmerzen zwischen den Augenbrauen. Der Grund dafür lag darin, daß sie einmal als Kind von ihrer Großmutter prüfend, „durchbohrend" angeschaut worden war. Dieselbe Patientin litt eine Zeit lang an ganz unmotivirten, heftigen Schmerzen in der rechten Ferse. Diese Schmerzen hatten, wie sich herausstellte, Beziehung zu einer Vorstellung, welche die Patientin hatte, als sie zuerst in die Welt eingeführt wurde; es überkam sie damals die Angst, daß sie das „richtige" oder „rechte Auftreten" nicht finden könnte. Solche Symbolisirungen werden von vielen Kranken für eine ganze Reihe von sogenannten Neuralgien und Schmerzen in Anspruch genommen. Es besteht gleichsam eine Absicht, den psychischen Zustand durch einen körperlichen auszudrücken, und der Sprachgebrauch bietet hiefür die Brücke. Gerade für die typischen hysterischen Symptome, wie Hemianästhesie, Gesichtsfeldeinengung, epileptiforme Convulsionen etc. ist es aber nicht möglich, einen derartigen psychischen Mechanismus nachzuweisen. Für die hysterogenen Zonen hingegen ist es uns oftmals gelungen.

(Schluß folgt.)

## Roseolarecidiv 29 Jahre nach der Infection. — 3 Fälle von Mastdarmsyphilis.

### Casuistische Mittheilungen

von **Docent Dr. M. v. Zeissl** in Wien.

II.

Von den nachstehenden 3 Fällen von Syphilis des Mastdarmes wurden 2 an der II. Syphilis-Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses von H. v. ZEISSL in den Jahren 1875 und 1876 beobachtet, der 3. Fall wurde von mir in meiner Privatpraxis behandelt.

Die beiden von meinem Vater beobachteten Fälle, welche ich wiederholt zu untersuchen Gelegenheit hatte, wurden von ihm im Jahresberichte des k. k. allgemeinen Krankenhauses vom Jahre 1876 (Wien 1877) ausführlich veröffentlicht, und will ich dieselben durch die Mittheilung an dieser Stelle der Vergessenheit entreißen.

H. v. ZEISSL schildert diese Fälle l. c. Seite 250 und habe ich aus der Krankengeschichte, die mir vor Jahren durch die Güte weiland Prof. AUSPITZ', überlassen wurde, einzelne im Krankenhausberichte ausgelassene Details ergänzt.

F. M., 39 Jahre alt, wurde am 30. November 1875 auf die II. Abtheilung und Klinik für Syphilis aufgenommen. Die Kranke hatte zweimal geboren und verliefen Geburten und Wochenbett beide Male normal.

Am Tage der Aufnahme wurde folgender Befund notirt:

„Die rechte Nymphe ist in ausgedehnter Weise bis zum Scheideneingang hin hochgradig sclerosirt und stielförmig abgeschnürt, ihre Schleimhaut ist hie und da in oberflächlichem Zerfalle begriffen, die untere Vulvoncommissur ist ebenfalls sclerosirt und theilweise exulcerirt. Diese Ulceration reichte bis über den unteren Dritttheil der hinteren Scheidenwand hinauf. Die allgemeine Bedeckung des Perineum ist schwach geröthet und gleichmäßig geschwellt, der unterste Ausläufer der rechten großen Schamlefze ungefähr in der Ausdehnung von 3 Cm. nach aufwärts infiltrirt und mit 4—5 confluirenden planconvexen Infiltraten besetzt. Bei Druck auf das Perineum entquillt der Afteröffnung ein dünnflüssiges Secret. Die Analapertur steht offen und entleert die Kranke häufig unwillkürlich dünnflüssigen Stuhl. Die Untersuchung mit dem Mastdarmspiegel verursachte starke Schmerzen, und zeigte ein an der hinteren Mastdarmwand gelegenes, schmutzig belegtes, buchtenreiches Geschwür, das eine Längenausdehnung von 6 Cm., eine Breiteausdehnung von 2 Cm. hatte; dieses Geschwür hatte beide Sphincteren bloßgelegt. Die theilweise noch vorhandenen perinealen Falten waren prolabirt und infiltrirt. Der in den Mastdarm eingeführte beölte Zeigefinger gelangte daselbst an mehreren Stellen in seichtere und tiefere mäßig blutende Geschwürsbuchten.

H. v. ZEISSL faßte die fibroide Induration des rechten kleinen Labium als syphilitische Initialsclerose auf und konnte sich daher zunächst nicht dazu bequemen, die Erkrankung des Rectum als durch syphilitische Gummata hervorgerufen aufzufassen, weil die Symptome der in der Regel zu beobachtenden chronologischen Entwicklung der syphilitischen Erscheinungen nicht entsprachen. Es gelang auch, für kurze Zeit unter einer rein topischen Behandlung die Mastdarmgeschwüre zur Heilung zu bringen.

Am 12. Januar 1876 klagte die Kranke über Kopfschmerz, es stellte sich linksseitige Ptosis und Keratitis neuroparalytica ein. Die Muskelkraft der oberen Extremitäten war herabgesetzt, der Gang schwankend, der Oberkörper sinkt gegen die rechte Seite, wenn die Kranke mit geschlossenen Augen zu gehen versucht. Unter Verabreichung von Jodeisen (Atropin und Schutzverband des Auges) bessert sich der Zustand etwas und schwanden die cerebralen Erscheinungen unter fortgesetzter Anwendung des Jodeisens und der vom 25. Januar noch hinzugefügten Bromkalium-Behandlung in wenigen Tagen. Die Mastdarmgeschwüre waren, ohne eine Stricturirung zu bedingen, vernarbt. Die Kranke erholt sich sichtlich. Am 22. Februar ging wieder unwillkürlich Urin und Koth ab. Es entwickeln sich nun sehr rasch die im Sectionsprotokolle angeführten Ulcerationen im Vestibulum, am rechten kleinen Labium und an der Haut des Perineums. In der Lunge fand sich links hinten oben kürzerer Percussionsschall, unbestimmtes Athmen. Der Bauch war aufgetrieben, schmerzhaft, die Kranke erbrach durch mehrere Tage, collabirte rasch durch die trotz entsprechender Therapie profusen Diarrhoen und starb endlich am 10. März.

Die von Prof. H. CHIARI, zu jener Zeit noch Prosector in Wien, am 12. März vorgenommene Obduction ergab den nachstehenden Befund:

Körper klein, mäßig kräftig gebaut, schlecht genährt, blaß, mit ausgebreiteten blassen Todtenflecken auf der Rückenseite, Kopfhaar schwarz, Pupillen mäßig weit, gleich; linke Hornhaut im Bereiche des inneren oberen Quadranten leicht getrübt, Hals von gewöhnlicher Länge; Brustkorb kurz, breit, wenig gewölbt; Unterleib eingesunken, leicht gespannt; das rechte kleine Labium vergrößert, derb, an seiner inneren Fläche oberflächlich exulcerirt, Gliedmaßen im beschränkten Grade beweglich.

Weiche Schädeldecken blaß, Schädeldach geräumig, sehr breit, die Stirnnaht noch deutlich ausgesprochen, die Dura mater im Bereiche des linken Seitenwandbeines mit der Lamina vitrea innig zusammenhängend, verdeckt. In ihrem Sinus falciformis major spärliches Fibringerinnsel. Sie selbst überhaupt mäßig gespannt; die inneren Hirnhäute zart, stark durchfeuchtet, die Gyri des Gehirns leicht verschmälert, Gehirnsubstanz selbst mäßig mit Blut versehen, feucht, aber etwas zäher. In den Seitenventrikeln des Gehirns wenig klares Serum. Bei Untersuchung der Verwachsungsstelle der Lamina vitrea mit der harten Hornhaut zeigt es sich, daß im Bereiche derselben das Schädeldach leicht usurirt ist, und daß die Verdickung der äußeren Hornhaut nur ihre äußersten Schichten betrifft. In der Luftröhre sehr spärlicher Schleim, ihre Schleimhaut gleich der des Larynx ganz blaß; Schilddrüse namentlich in ihrem linken Lappen etwas vergrößert, colloidhältig. Beide Lungen im ganzen Umfange, die linke stärker als die rechte angewachsen, in den vorderen Antheilen leicht gedunsen, in dem hinteren blutreich, dichter, überhaupt etwas ödematös. Der rechte Oberlappen, mit Ausnahme seiner Spitze, grau hepatisirt. In den Bronchien beider Lungen reichlicher eitriger Schleim, ihre Schleimhaut gewulstet, geröthet.

Im Herzbeutel wenig klares Serum, das Herz mäßig contrahirt, in seinen Höhlen nebst flüssigem Blute viel Fibrin, sein Fleisch bleicher, von ziemlich derber Consistenz.

In der Bauchhöhle ungefähr 1 Liter fibrinös-eiterigen Exsudates, durch welches auch die Darmschlingen untereinander und mit den übrigen Bauchorganen verlöthet sind. Das Peritoneum allenthalben getrübt, aufgefilzt, nur stellenweise injicirt. Leber, Milz etwas größer, blaß, derb, eigenthümlich wachsig glänzend, welcher Glanz besonders auf der Schnittfläche der Milz im Bereiche einzelner stecknadelkopfgroßer Körnchen wahrnehmbar ist.

Magen mäßig ausgedehnt, in ihm nebst Gas eine gallig gefärbte schleimige Flüssigkeit, seine Schleimhaut gewulstet, mit zähem, fest haftendem Schleim bedeckt; mit einigen punktförmigen, hämorrhagischen Erosionen gezeichnet. Im Dünn- und Dickdarme spärliche, chymöse, fäculente, schleimige Massen, die Schleimhaut des Coecums, Colon ascendens, transversum et descendens ödematös gewulstet. Die Schleimhaut des ganzen Rectums und die des unteren Abschnittes der Flexura sigmoidea zu einer schwärzlichen, breiig abstreifbaren Masse verjaucht, desgleichen auch größtentheils die Submucosa. Die Schleimhaut der übrigen Flexura sigmoidea, sowie die des Colon descendens ödematös, in ihr einige rundliche, scharf begrenzte, im Durchmesser circa $^1/_2$ Cm. haltende Substanzverluste, mit jauchig zerfallenden Rändern und ebenso beschaffenem Grunde. Die Musculatur des Rectums bedeutend, id est bis auf 0·5 Cm. Dicke hypertrophirt, das Zellgewebe an der äußeren Fläche derselben von der Umschlagsstelle des Peritoneums nach abwärts bis zum Anus sehr bedeutend verdichtet, so daß es eine knorpelartige Consistenz zeigt.

Beide Nieren etwas größer, blaß, derb, auf der Schnittfläche speckig, glänzend; an der Oberfläche der Nieren einige grubige Absumptionen. Harnblase mäßig ausgedehnt, die Harnröhre ist in ihrer unteren Hälfte ulcerirt, und zwar stellenweise so tief, daß sie mehrfach mit dem Vaginalrohre communicirt.

Das ganze Vestibulum vaginae eine große Ulcerationsfläche darstellend, welche, in der vorderen Wand derselben weniger ausgebildet, unmittelbar zusammenhängt mit der früher angegebenen Ulceration in der Harnröhre an der hinteren Wand, aber stärker entwickelt ist, daselbst mittelst mehrerer in dem schwielig verdichteten Zellgewebe zwischen Vagina und Rectum verlaufender, mehrfach verästigter Fistelgänge, Communication zwischen Scheide und Mastdarm. Von der früher angegebenen Ulcerationsstelle an der inneren Fläche des rechten kleinen Labiums setzt sich ein oberflächlicher Gewebszerfall auf die, die untere Hälfte der Schamspalte begrenzende Haut fort, und ebenso auf die Haut des Perineums und die in der Umgebung des Afters. Das Peritoneum über dem oberen Abschnitte des Rectums mit fest haftenden fibrinös-eiterigen Fibrinlamellen und gleich der Subserosa eitrig infiltrirt.

Beide Tuben mit dem geschrumpften Ovarium verwachsen, hydropisch. Uterus etwas größer und dickwandiger.

Diagnose: Diffuse eiterige Peritonitis von syphilitischer Ulceration im Rectum und der Flexura sigmoidea. Syphilitische Geschwüre in der Vagina und in der Urethra. Sclerosis des rechten kleinen Labiums. Amyloide Degeneration der Leber, Milz und Nieren (makroskopisch nachweisbar). Croupöse Pneumonie im rechten Oberlappen.

Der Sectionsbefund, sowie der klinische Verlauf rechtfertigen die Diagnose Gummata des Rectums. Was die Affection der rechten kleinen Schamlippe anlangt, wird vielleicht diesbezüglich die Annahme gerechtfertigt sein, daß sich an der Stelle, an welcher einst der Primäraffect gesessen, ein syphilitisches Gumma entwickelt habe, wie solches zuweilen beobachtet wird.

Irgend welche verwerthbare anamnestische Daten waren von der geistig beschränkten Kranken nicht zu erlangen.

Beachtenswerth ist in dem Sectionsbefund das Bestehen von Fistelgängen, welche eine Communication zwischen Vagina und Rectum vermitteln.

Der 2. Fall H. v. ZEISSL's betraf ein 24 Jahre altes Weib S. A. Dasselbe wurde am 19. April 1876 an der II. Abtheilung und Klinik für Syphilis aufgenommen. Im Jahre 1875 wurde die Kranke im Spital zu Preßburg an einer vereiternden Adenitis behandelt, und führte sie damals 12 Einreibungen mit grauer Salbe aus und gebrauchte dann durch längere Zeit Jodkalium.

Ein Exanthem soll zu jener Zeit nicht aufgetreten sein. Im August 1875 will die Kranke das Hautinfiltrat, welches sich noch jetzt am Gesäß in der Nähe des Anus findet, bemerkt haben, und sollen damals Schmerzen bei der Defäcation aufgetreten sein. Im Januar 1876 bemerkte die Kranke das Auftreten eines Exanthemes an den Unterschenkeln.

Bei der Untersuchung wurde nun folgender Befund festgestellt: „Der Standort des einstigen syphilitischen Primäraffectes war nicht nachzuweisen, an der Schleimhaut der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, sowie am Skelette fanden sich keinerlei Zeichen der Syphilis. An der Haut beider Unterschenkel fanden sich zahlreiche, in Kreisform angeordnete, theils atrophisirte, theils bis auf Pigmentreste geschwundene erbsengroße Gummata.

Ein ähnliches braunrothes Infiltrat fand sich in der Haut des linken Gesäßes in der Nähe des Afters. Die mit dem Mastdarmspiegel vorgenommene Untersuchung ergab einen, dem im vorigen Fall fast analogen Befund. Unter Jodkaliumbehandlung und 40 Einreibungen, sowie fleißiger Ausspülung des Mastdarmes erfolgte

Heilung, ohne daß — so lange die Kranke an der II. Syphilis-Abtheilung in Behandlung stand — eine Stenosirung beobachtet wurde. Ueber den Befund in Scheide und Uterus enthält die mir vorliegende Krankengeschichte leider keine Angaben.

Der von mir beobachtete Fall, den ich in Kürze in der 5. Auflage des von H. v. ZEISSL und mir herausgegebenen Lehrbuches, Seite 540, erwähnte, verlief in folgender Weise:

Frau X., 40 Jahre alt, aus S. bei Wien, Gattin eines Wachmannes, suchte die Ambulanz der Klinik des Hofrathes von BRAUN-FERNWALD auf, weil sie seit einigen Tagen Kothabgang aus der Scheide bemerkt hatte. Mein verstorbener Freund E. PRITZL hatte die Güte, die Frau, nachdem er sie untersucht und die Diagnose auf Syphilis gestellt hatte, an mich zu weisen und stellte sie sich am 9. März 1885 vor.

Die anamnestischen Angaben waren höchst lückenhafte. Ueber eine Erkrankung des Mannes oder an ihr selbst vorgekommene Erscheinungen der Syphilis wußte die Frau nichts. Sie will einmal am normalen Ende der Schwangerschaft ein lebendes Kind geboren haben, welches 3 Monate nach der Geburt, angeblich an Darmcatarrh, gestorben sein soll. Sie war seit 15 Jahren verheiratet, hatte, wie schon erwähnt, $1^1/_2$ Jahr nach der Verheiratung geboren und soll nie mehr schwanger gewesen sein.

Seit December 1884 sollen sich Stuhlbeschwerden eingestellt haben, und sollen sich gleichzeitig mit diesen die ersten Erscheinungen des noch am 9. März 1885 an der Frau sichtbaren Ausschlages gezeigt haben.

Die Frau behauptet, daß sie zwar immer an Obstipationen gelitten, dieselben aber seit Ende November 1884 besonders hartnäckig geworden seien, und daß sie sich bei der Stuhlentleerung seit dem erwähnten Zeitraum habe sehr anstrengen müssen. Ueber den Abgang von Blut oder Eiter und Schleim oder über eine Veränderung der Form der Kothmassen zu jener Zeit vermag die Frau keine Angaben zu machen. Erst seit Ende Februar sollen die Kothmassen etwas dünner geworden sein, und bemerkte sie am 4. März das erste Mal den Abgang von Koth aus der Scheide, suchte aber erst, nachdem ihre Periode abgeschlossen, das Krankenhaus auf.

Bei der Untersuchung fand ich ein ausgebreitetes, theils in Kreislinien, Schlangenlinien und Haufen angeordnetes, mit spärlichen grauweißen Schüppchen bedecktes, klein gummöses Syphilid. Am reichlichsten waren die Efflorescenen an der Haut der Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten, spärlicher an der Haut des Rumpfes und fanden sich außerdem drei kreuzergroße Gruppen kleiner Gummen an der Haut der Stirne und eine vierkreuzerstückgroße an der Kinnhaut. Der gut beölte Zeigefinger konnte, ohne der Kranken wesentliche Schmerzen zu verursachen, in den Mastdarm eingeführt werden. Durch den Sphincter ani geht der Finger leicht durch, oberhalb desselben fühlte man, daß der Mastdarm, so weit der tastende Finger reicht, sich in seinen Wandungen starr (sit venia verbo) anfühlt und verengt ist.

Dicht unterhalb der Stelle, wo die Verengerung des Mastdarmes beginnt, beiläufig 0·5 Cm. ober dem Sphincter, findet sich in der vorderen Mastdarmwand eine Lücke, durch welche die Spitze des Zeigefingers bequem in die Vagina gelangt.

Die mit dem Vaginalspiegel vorgenommene Untersuchung zeigt an der Vaginalportion und den übrigen Theilen der Vagina normale Verhältnisse, nur an der vorhin erwähnten Stelle der hinteren Vaginalwand fand sich die genannte Durchbruchstelle. Die Ränder der Mastdarmscheidenfistel stellten in Folge des oberflächlichen Zerfalles einen graulich-gelb belegten Fistelgang dar. Nach allen Seiten von der Fistelöffnung aus bis zu einer Ausdehnung von 1 Cm. fühlte sich die hintere Vaginalwandung verdickt an und war das Vaginalrohr an dieser Stelle entsprechend intensiver geröthet.

Unter fleißigem Ausspülen des Mastdarmes von der Scheide aus, Cauterisiren der Fistelöffnung und der Ausführung einer Einreibungscur bei gleichzeitigem Jodgebrauch schwand der Ausschlag und vernarbte der Rand der Fistelöffnung, der Mastdarm begann allmälig enger zu werden. Der vorgeschlagenen Dilatation entzog sich die Kranke und habe ich dieselbe seit Juli 1885 nicht mehr gesehen.

---

*Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. Max und Dr. Adolf Jolles in Wien.*

# Ueber die Centrifuge im Dienste der Harnuntersuchung,

sowie

## über einige neue Harnuntersuchungsmethoden.

Von **Dr. Max Jolles** in Wien.

III.

Ich komme nunmehr zur Besprechung der eigentlichen Verwendung der Centrifuge, nämlich zur Sedimentuntersuchung und kann nur bestätigen, daß auf diesem Untersuchungsgebiete, wo es sich um keine Quantitätsbestimmung handelt, die gewonnenen Resultate in den meisten Fällen durchaus befriedigende waren. Ich unterlasse es daher, die einzelnen Untersuchungsergebnisse vom Standpunkte des Untersuchenden des Genaueren zu besprechen, kann jedoch nicht umhin, vom Standpunkte des praktischen Arztes auf dieselben näher einzugehen.

In jeder Beziehung gute Resultate erhält man beim Nachweise von Blut in äußerst geringen Mengen.

In zahlreichen Fällen, in welchen weder durch die Farbe des Harnes, noch durch die BÖTTCHER'sche Methode, noch endlich durch die spectroskopische Untersuchung Blut nachgewiesen werden konnte, wurde schon nach kurzem Centrifugiren am Boden des Glasröhrchens eine röthliche Schicht constatirt, welche bei der mikroskopischen Untersuchung sich als aus dicht aneinander gelagerten rothen Blutkörperchen bestehend erwies.

Diese für den Untersuchenden sehr erfreuliche Empfindlichkeit der Methode wird jedoch sehr häufig unangenehm, wenn man sich die Frage zu beantworten versucht, wie man den erhaltenen Befund für den praktischen Zweck, ich meine für die Diagnose, verwerthen soll, besonders wenn man in die Lage kommt, einen derartigen Blutbefund bei einem sonst normalen Harne zu erhalten.

Bei Blutungen, welche, sei es aus irgend welchem Grunde, innerhalb der Harnwege entstehen, ist der Harn ausnahmslos derartig gefärbt, daß eine specielle Untersuchung auf Blut vollkommen überflüssig erscheint.

Bei entzündlichen und gonorrhoischen Processen ist meist ebenfalls dem Harne eine derartige Menge Blut beigemischt, daß sowohl aus der fleischwasserartigen Tinction als auch durch das Spectroskop seine Anwesenheit constatirt werden kann. Ob aber die erwähnten durch die Centrifuge erhaltenen Blutspuren als ein pathognomonisches Zeichen für eine bestehende, jedoch mit den uns zu Gebote stehenden Behelfen nicht zu diagnosticirende geringe Affection innerhalb des uropoetischen Systemes aufzufassen wären, oder als das Product des Zerreißens irgend eines Capillargefäßes innerhalb der Harnwege aufzufassen sind, darüber besitzen wir bis jetzt gar keine Erfahrungen, und wäre eine dankbare Aufgabe für den Kliniker, uns darüber entscheidende Aufschlüsse zu geben.

In jeder Weise empfehlenswerth ist das Centrifugiren in denjenigen Fällen, wenn es sich darum handelt, darüber zu entscheiden, ob man es mit einer Hämaturie oder Hämoglobinurie zu thun hat.

Im ersteren Falle wird nämlich die über dem abgeschiedenen Sedimente stehende Flüssigkeit farblos, im letzteren jedoch bleibt sie, weil der Blutfarbstoff im Harne gelöst ist, rothbraun. Was weiterhin den Nachweis von Oxalaten betrifft, so freue ich mich, die Angaben des Professor LITTEN dahin bestätigen zu können, daß sich die oxalsauren Kalkkrystalle durch das Centrifugiren viel schneller zu Boden setzen, als durch die gewöhnliche Sedimentirungsmethode.

Eine andere Frage ist es, ob die Feststellung von vermehrten Oxalatkrystallen im Sedimente auch einen Schluß auf die Diagnose: Oxalurie, resp. auf vermehrte Anwesenheit von Oxalsäure zuläßt.

Nun, meine Herren, ich bin bis jetzt nur in wenigen Fällen in die Lage gekommen, die Oxalsäure im Harne zu bestimmen. Bekanntlich ist ja die Methode eine ziemlich umständliche, und wenn ich mich auch nicht für berechtigt halte, aus diesen wenigen Daten eine Schlußfolgerung zu ziehen, so kann ich Ihnen doch mittheilen, daß ich in diesen erwähnten Fällen, trotz vermehrter Anwesenheit von Oxalaten im Sedimente, eine verhältnißmäßig nur sehr geringe Menge von Oxalsäure nachweisen konnte.

Dieses rührt, worauf auch schon LITTEN hingewiesen hat, davon her, daß der oxalsaure Kalk in Folge seiner Löslichkeit in saurem phosphorsauren Natron im Sedimente eines sehr stark sauren Harnes, trotz Vorhandenseins einer erhöhten Oxalsäuremenge, sich nur in geringer Anzahl finden wird, während umgekehrt in schwach saueren oder neutralen Harnen schon bei Anwesenheit von nur sehr geringen Oxalsäuremengen eine verhältnißmäßig sehr große Anzahl von Oxalatkrystallen ausgeschieden werden dürfte.

Einen fast unentbehrlichen Behelf bietet die Centrifuge, wenn es sich für den praktischen Arzt darum handelt, auf schnellstem Wege, d. h. in möglichst kurzer Zeit festzustellen, ob in einem Harne renale Elemente vorhanden sind oder nicht.

Man kann ferner auch von einem weiteren Vortheile der Centrifuge sprechen, nämlich dann, wenn man durch das Centrifugiren zuweilen in einem Harne Cylinder findet, die man bei der einfachen Sedimentirung trotz eifrigen Suchens nicht constatiren konnte. Nun habe ich aber auch unter den letzten Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt, daß chemisch normale oder Albumin in äußerst geringen Spuren enthaltende Harne nach erfolgtem Centrifugiren die Anwesenheit von scharf contourirten, theils langgestreckten, theils gewundenen hyalinen Cylindern erkennen ließen. Bei der Bedeutung nun, welche wir diesen Elementen beizumessen gelernt haben, liegt die Frage nahe, welchen diagnostischen Werth haben wir ihnen in diesem Falle beizumessen?

Es ist nun zwar nicht meine Aufgabe, die Anwesenheit dieser Elemente klinisch zu begründen, nichtsdestoweniger möchte ich mir erlauben, meine im Laufe der Zeit gesammelten Erfahrungen über das Vorkommen von hyalinen Cylindern in vereinzelten Exemplaren bekanntzugeben.

Daß vereinzelte hyaline Cylinder neben geringen Eiweißspuren bei einem Harne von sehr niedrigem specifischen Gewichte ein nicht seltener Befund einer chronischen interstitiellen Nephritis sind, brauche ich wohl nicht erst des Näheren zu erörtern.

Ebenso ist es Ihnen ja zur Genüge bekannt, daß in Harnen von Icterischen hyaline Cylinder häufig vorzukommen pflegen und hat über deren Bedeutung Professor NOTHNAGEL bereits im Jahre 1874 im Archiv für klinische Medicin ebenso ausführlich wie erschöpfend sich geäußert.

Des Weiteren sind von nicht geringem Interesse die Beobachtungen Dr. KOBLER's, welcher bei acuten Darmaffectionen fast ausnahmslos und bei Anämischen in sehr häufigen Fällen das Vorhandensein von hyalinen Cylindern constatiren konnte.

Ich habe nun ferner gefunden, daß bei einer andauernd erhöhten Ausscheidung von Harnsäurekrystallen sehr häufig neben Eiweißspuren sich hyaline Cylinder im Sedimente vorfinden.

Dieser Befund läßt sich leicht erklären, wenn man sich vergegenwärtigt, daß durch die vermehrte Harnsäureausscheidung ja eine erhöhte Reizung in den Nieren entsteht, wodurch auch geringe Entzündungserscheinungen hervorgerufen werden.

Auch in den Harnen von Individuen, welche im Kindesalter nach einer Scarlatina oder Diphtherie eine acute Nephritis überstanden haben, konnte ich jahrelang später, und zwar in einer Periode, in welcher sich dieselben gemäß der anamnestischen Daten der sie behandelnden Herren Collegen des besten Wohlseins erfreuten, hyaline Cylinder, sowohl vereinzelt als auch in vermehrter Anzahl constatiren.

Diese Erscheinung kann man sich ja ebenfalls dadurch erklären, daß in Folge der einmal überstandenen Affection in einem kleinen Theile der Nierenrinde einzelne Glomeruli und gewundene Harncanälchen nicht mehr die Fähigkeit wieder erlangt haben, in normaler Weise zu functioniren.

Eine weitere Beobachtung war die, daß bei Diabetikern, bei welchen ich während einer langen Zeit in einer täglich ausgeschiedenen Harnmenge von $1^1/_2$ bis 3 Litern einen zwischen 3—6% schwankenden Zuckergehalt nachweisen konnte, unter constanter Abnahme des Zuckers, zuerst geringe Spuren, dann deutliche Eiweißspuren und gleichzeitig hyaline Cylinder im Harne zum Vorschein kamen, ohne daß für den behandelnden Arzt irgend welche Anhaltspunkte für eine Affection der Nieren bestanden hätten.

Diese meine Beobachtung erstreckt sich auf eine große Anzahl von Fällen, wo ich den Harn jahrelang usque ad exitum zu untersuchen Gelegenheit hatte, ich behalte mir jedoch vor, darüber an anderer Stelle ausführliche Mittheilung zu machen, da es zu weit führen dürfte, hier darauf näher einzugehen.

Endlich beobachtete ich in Harnen angeblich vollständig gesunder Individuen häufig hyaline Cylinder, und diese Beobachtung kann man mittelst der Centrifuge in erhöhtem Maße machen, ohne daß man die geringsten Anhaltspunkte hätte, diesen Befund irgendwie klinisch zu erklären.

Man wäre nun geneigt, ähnlich wie bei der Anwesenheit von Albumin in Spuren, auch den hyalinen Cylindern in sonst normalen Harnen keine besondere Bedeutung mehr beizulegen.

Meine Herren, auch hier hat das letzte Wort der pathologische Anatom. Nur gestatten Sie mir meine Meinung dahin abzugeben, daß ich das Auftreten von hyalinen Cylindern bei anscheinend gesunden Individuen für keine normale Erscheinung halte.

Ich begründe diese meine Ansicht empirisch, indem ich Ihnen mittheile, daß ich bei mehreren Individuen, in deren Harn ich zu einer Zeit, wo sie sich des besten Wohlseins erfreuten und alles Andere nur keine renale Affection auch nur vermuthet werden konnte, hyaline Cylinder und Eiweißspuren constatirt habe, daß ich also bei denselben Individuen nach einem Zwischenraume von $1^1/_2$—2 Jahren eine derartige Menge von pathologischen Harnbestandtheilen vorfand, daß die Diagnose BRIGHT'sche Niere gar nicht mehr bezweifelt werden konnte. Ob nun zwischen dem ersteren und letzteren Befunde ein causaler Zusammenhang bestanden hat, kann selbstverständlich nicht die Harnanalyse allein entscheiden, jedenfalls geben diese Fälle zum Nachdenken Anlaß, und es scheint nicht ausgeschlossen, daß das Erscheinen von hyalinen Cylindern im Harne von anscheinend gesunden Individuen häufig das erste Anzeichen einer sich später entwickelnden Nierenaffection zu einer Zeit abgibt, wo noch kein anderes Krankheitssymptom manifest ist.

So viel über die Harncylinder.

Ich wende mich nunmehr zu dem letzten Theile meines Vortrages, nämlich zur Besprechung der Resultate, welche ich mittelst der Centrifuge bei der Untersuchung von Harnen auf Tuberkelbacillen erhalten habe.

Leider konnte ich hiebei nicht zu so günstigen Ergebnissen, wie sie von anderen Forschern berichtet werden, gelangen.

In denjenigen Fällen, in welchen ich nach Anstellung der üblichen Vorbereitungsmethoden in dem durch die Centrifuge gewonnenen Sedimente Tuberkelbacillen nachweisen konnte, war es auch nicht schwierig, in dem auf gewöhnliche Weise erhaltenen Sedimente diese Mikroorganismen zu constatiren. Konnte ich jedoch auf die letzterwähnte Art keine Tuberkelbacillen nachweisen, so war ich es auch nicht mittelst der Centrifuge im Stande.

Ob nun diese ungünstigen Ergebnisse darauf zurückzuführen sind, daß, wie ja übereinstimmend alle Autoren berichten, Bacterien sich überhaupt nicht centrifugiren lassen

oder ob in den betreffenden von mir untersuchten Harnen thatsächlich keine Tuberkelbacillen vorhanden waren, kann selbstverständlich nicht mehr constatirt werden, und würde ich mir auch nicht erlauben, aus diesen negativen Befunden ein bestimmtes Urtheil über die geringe Leistungsfähigkeit der Centrifuge zu fällen, wenn ich nicht Gelegenheit gehabt hätte, mittelst einer in letzter Zeit von VAN KETEL publicirten Methode mich wiederholt davon zu überzeugen, daß, während ich durch das Centrifugiren keine Tuberkelbacillen im Harne nachweisen konnte, mir dieses durch die VAN KETEL'sche Methode ohne Weiteres gelungen war.

Ich unterlasse es hier, auf die zahlreichen Methoden einzugehen, welche zum Nachweis der Tuberkelbacillen im Harne auch ohne Anwendung der Centrifuge in Vorschlag gebracht worden sind und deren Brauchbarkeit Herr Professor FRISCH bereits in ausführlicher Weise dargelegt hat. Ich kann jedoch nicht umhin, Ihnen auf Grund meiner Erfahrungen die Anwendung der schon erwähnten VAN KETEL'schen Methode auf's Wärmste anzuempfehlen.

Diese Methode ist zwar etwas zeitraubend, aber sehr empfindlich und zuverlässig.

VAN KETEL hat seine Methode ursprünglich für den Tuberkelbacillen-Nachweis in Sputis empfohlen, ich verwendete sie jedoch auch für die Harnuntersuchung, und zwar in folgender Modification.

Zu 100 Ccm. des sedimentirten Harnes werden circa 6 Grm. einer concentrirten Carbolsäurelösung hinzugefügt, das Ganze in einem ERLENMEYER'schen Kölbchen gut durchgeschüttelt und behufs Sedimentirung in ein Spitzglas gegossen. Nach 24 Stunden wird die überstehende Flüssigkeit abgegossen und aus dem Bodensatze in der üblichen Weise nach der GABBET-ERNST'schen Methode gefärbte Trockenpräparate hergestellt.

Fasse ich nun meine mit der Centrifuge gewonnenen Ergebnisse zusammen, so komme ich zu dem Schlusse, daß zur Abkürzung chemischer Processe, besonders wenn es sich um Quantitätsbestimmungen handelt, die Centrifuge nicht mit Vortheil zu verwenden ist, daß sie aber für die Sedimentuntersuchung, besonders wenn es sich für den praktischen Arzt darum handelt, in kürzester Zeit die mikroskopische Untersuchung vornehmen zu müssen, ganz brauchbare Resultate liefert.

Allerdings möchte ich in allen denjenigen Fällen, wo es nicht auf eine möglichst schnelle Sedimentuntersuchung ankommt, das in der gewöhnlichen Weise sich absetzende Sediment zur mikroskopischen Untersuchung anempfehlen, und zwar aus dem Grunde, weil man in der Regel durch das Centrifugiren am Boden des Glasröhrchens einen aus den verschiedensten corpusculären Elementen bestehenden, stark zusammengeballten Klumpen erhält, den man sich erst wiederum durch Verdünnung und weitere Zubereitung für die mikroskopische Untersuchung brauchbar machen muß, während man in dem gewöhnlichen Sedimente ein gleichmäßiges mikroskopisches Bild über die in dem betreffenden Harne vorkommenden Elemente erhält.

Die von LITTEN erwähnten Nachtheile der gewöhnlichen Sedimentirungsmethode, welche wesentlich darin gipfeln, daß ausgefallene Urate oder das Eintreten der alkalischen Gährung das mikroskopische Harnbild beeinträchtigen könnten, sind insoferne belanglos, als man ja einerseits durch einige Tropfen Borax, Borsäurelösung die Urate in Lösung bringen kann und andererseits durch Aufbewahren der Sedimente an einem kühlen Orte dem Eintreten der alkalischen Gährung leicht vorgebeugt wird.

---

### Neue Instrumente und Apparate.

## Neuerungen an elektrotherapeutischen Apparaten.

Von den bisher zur Galvanisation des menschlichen Körpers verwandten Elementen haben sich keine so fest eingebürgert, als die Chromsäure- und die LECLANCHÉ-Batterien. Wenngleich nun erstere, da, wo es sich um Compendiosität bei weniger häufigem Gebrauch handelt, sehr gute Verwendung finden, so sind letztere doch bei dauernd starkem Gebrauch und da, wo es weniger auf Transportablität ankommt, vorzuziehen. Dies gilt indeß durchaus nicht für jedwede Construction der LECLANCHÉ Elemente, und namentlich eignen sich diejenigen, bei welchen Braunstein in einer Thonzelle die Kohle umgibt, nicht am besten für therapeutische Zwecke. Die Durchlässigkeit des Diaphragmas nimmt nämlich zumeist sehr schnell ab, indeß sinkt allmälig die ursprüngliche elektromotorische Kraft. Um diesen Uebelständen abzuhelfen, hat die Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen*) seit längerer Zeit LECLANCHÉ-Elemente ohne Diaphragma eingeführt, welche sich durch sehr lange Functionsdauer und große Stromstärke auszeichnen. Dieselben eignen sich deshalb auch vorzüglich für die APOSTOLI'sche elektrolytische Behandlung. Dadurch, daß die Elemente ganz geschlossen sind, kann kein Verdunsten noch Auskrystallisiren stattfinden. Die Elemente sind im Gegensatze zu denen mit Diaphragma sehr leicht zerlegbar und macht die nach längerer Zeit eventuell nöthig werdende Reinigung sehr wenig Umstände.

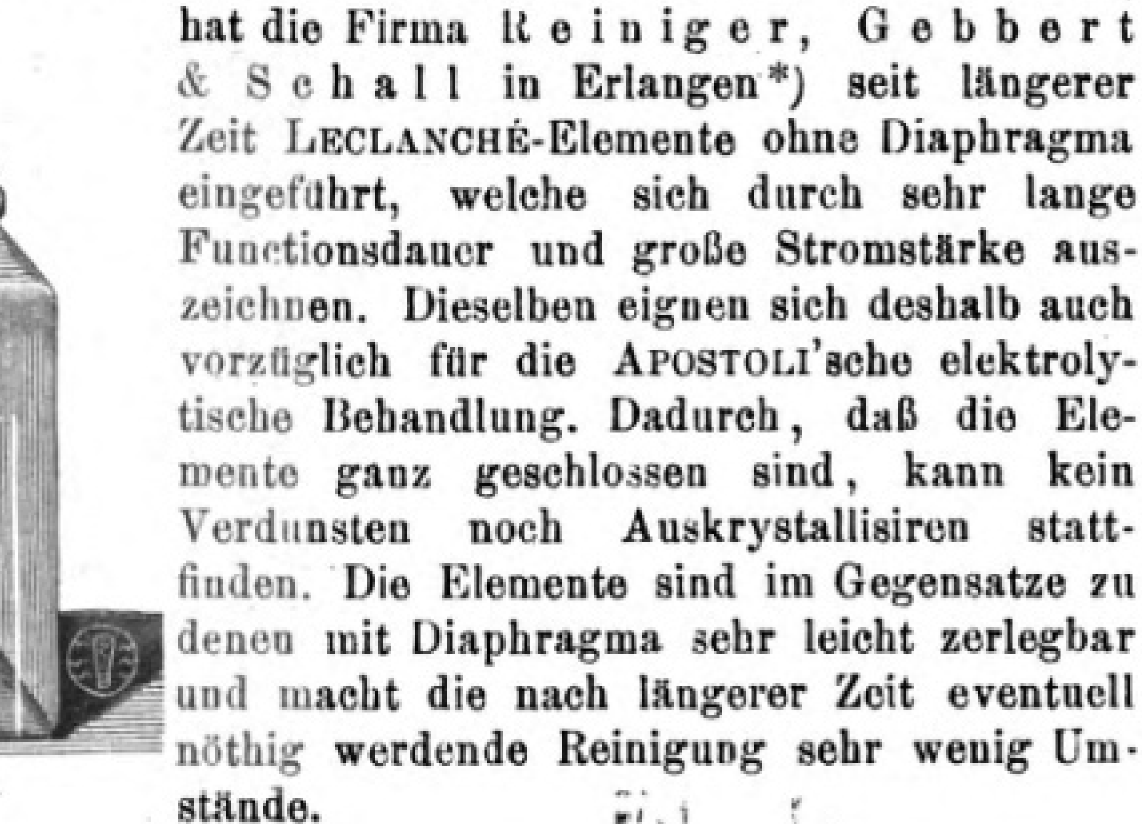


Fig. 1.

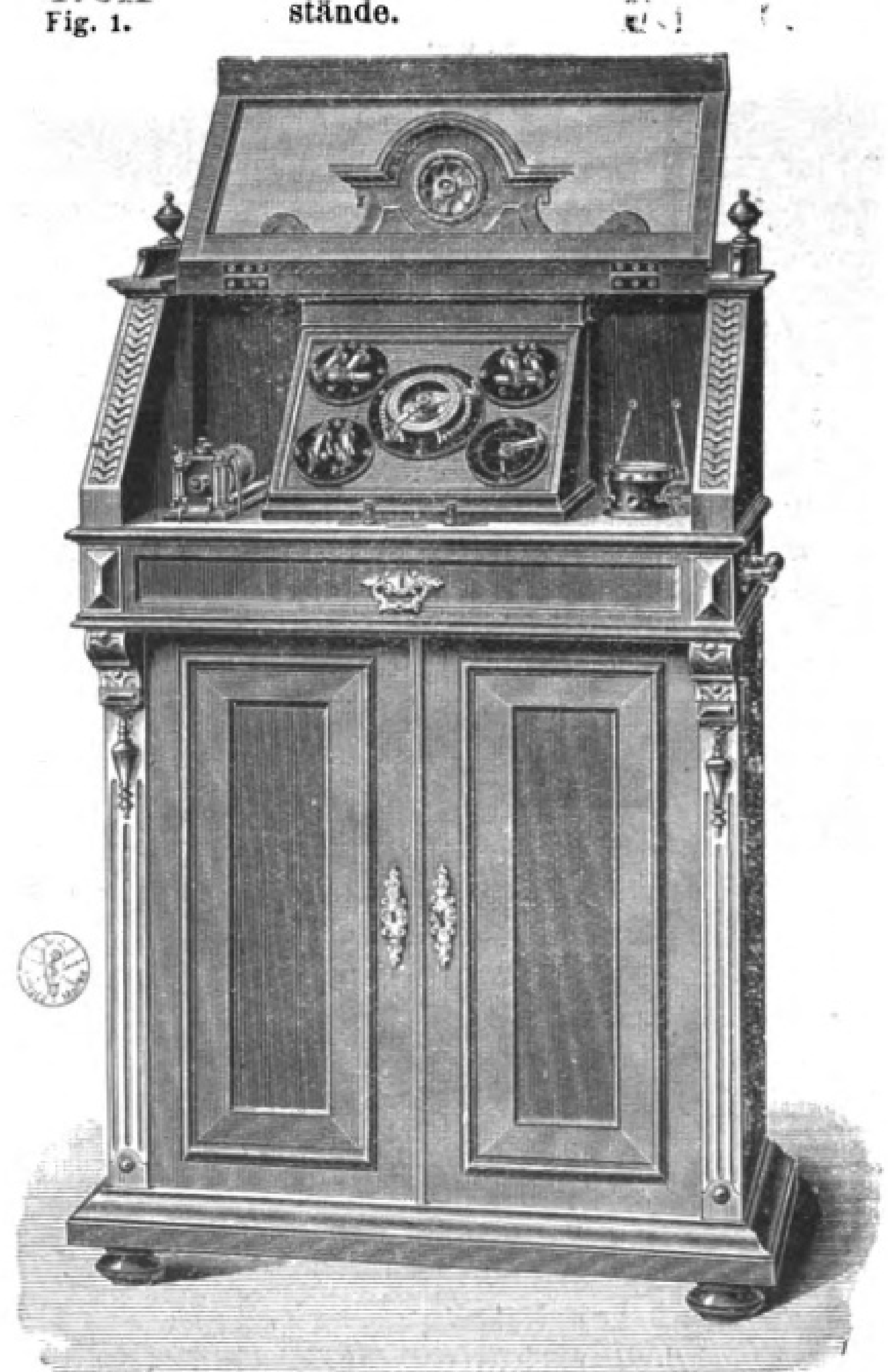

Fig. 2.

Fig. 1 zeigt das Element. Dasselbe wird in 4 Größen hergestellt, von denen die kleineren auch für bedingt transportable Apparate benützt werden. In der Regel werden diese Batterien jedoch als

*) Filialen: Wien, VIII., Alserstraße 43 und Berlin, Ziegelstraße 30.

stationäre gebaut und geben wir hier eine Abbildung dieser Art (Fig. 2).

Ausgerüstet werden diese jedem Ordinationszimmer zur Zierde gereichenden Schränke gewöhnlich mit patentirtem Doppelcollector, welcher behufs ökonomischer Ausnützung abwechselndes Einschalten beliebiger Elementgruppen ermöglicht, ferner Rheostat, Stromwender, Stromwechsler (für Galvanofaradisation), Galvanometer und Inductionsapparat. Sehr häufig benutzt man auch den Apparat für elektrische Bäder, wobei die Distanz zwischen Standort und Badezimmer keine Rolle spielt.

Die Elemente gleichzeitig für Galvanokaustik oder elektrische Beleuchtung zu benützen, wie dies zuweilen gewünscht wird, ist wohl möglich, aber wegen der hiezu nöthigen complicirten Schaltvorrichtungen nicht empfehlenswerth. Indeß können im gleichen Batterieschrank sehr wohl separate Batterien für letzterwähnte Zwecke ummontirt werden.

## Referate und literarische Anzeigen.

### JOHN FERGUSSON: Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der Sehnenreflexe.

Die Auffassung FERGUSSON'S („Med. Record“) von den Sehnenreflexen ist folgende: Der Muskeltonus wird nach ihm durch normale Verbindungen mit dem Centrum bedingt. Dieses erhält seinen Stimulus von dem Kleinhirn und wird durch die vom Gehirn ausgehende Hemmung in seinen Grenzen erhalten. Jede Störung dieses dynamischen Apparates kann sofort Veränderungen im Mechanismus der Sehnenreflexe erzeugen, und zwar kann eine Verringerung, Steigerung und sogar Aufhebung der Reflexe stattfinden. Eine solche Störung kann localer oder allgemeiner Natur sein. Wenn die Rolle des Gehirnes durch eine Blutung, einen Tumor oder eine degenerative Erkrankung oder vielleicht auch durch einen epileptischen Anfall aufgehoben ist, so kann die musculäre Erregbarkeit erhöht und die Sehnenreflexe demnach gesteigert werden.

Bei Gehirnblutungen können die Reflexe abgeschwächt oder gänzlich aufgehoben sein; wenn die Apoplexie plötzlich auftritt, wenn das Blut sich mit einer gewissen Schnelligkeit in größerer Menge ergießt, so wird auf das Nervensystem ein Shock ausgeübt und der Muskeltonus gänzlich aufgehoben. Irgend einen specifischen, prognostischen Werth kann das Fehlen der Sehnenreflexe in solchen Fällen nicht beanspruchen, da die wirkliche Ursache der Aufhebung der Sehnenreflexe vielmehr vom Sitze und der Heftigkeit der Hämorrhagie als von ihrer Ausdehnung abhängig ist. In der großen Mehrzahl der Fälle von Gehirnhämorrhagie treten die Reflexe wieder auf und in den Fällen, wo sie gänzlich ausbleiben, ist es wahrscheinlich, daß die Compression sich auch auf das Kleinhirn ausdehnt. Wenn die Blutung gleich von Vornherein in's Kleinhirn stattgefunden hat, so beobachtet man selbst ohne Hemiplegie mit Sicherheit ein Fehlen der Sehnenreflexe und eine Muskelerschlaffung. Bei Gehirnblutungen kehrt der Patellarreflex bald wieder und wird sogar stärker als normal; bei Kleinhirnblutungen hingegen fehlt der Patellarreflex oder er ist vermindert. Bei Kleinhirntumoren fehlt gewöhnlich der Patellarreflex ebenfalls; hier spielt die Ausdehnung und der Sitz des Tumors eine sehr wichtige Rolle. Wenn die durch den Tumor auf das Kleinhirn ausgeübte Compression genügt, um die Einwirkung desselben auf das Rückenmark aufzuheben, so wird natürlich der Patellarreflex fehlen.

Was die Beziehungen zwischen der Steigerung der Patellarreflexe bei Gehirnerkrankungen und den consecutiven absteigenden Degenerationen betrifft, so ist dies eine Coincidenz. Zahlreiche Thatsachen sprechen dafür, daß die Steigerung des Patellarreflexes durchaus nicht auf eine Sclerose oder Degeneration der Seitenstränge schließen läßt.

Bei Traumen des Rückenmarkes ist das Fehlen des Kniereflexes, namentlich nach mehreren Wochen, ein ungünstiges Zeichen, welches auf eine Zerstörung des Rückenmarkes an der betroffenen Stelle hinweist.

Bei transversaler Myelitis ist das Fehlen des Kniereflexes ein schlechtes Zeichen. Besteht derselbe oder ist er sogar gesteigert, so darf man eine Besserung erwarten.

Bei allen Erkrankungen oder Traumen der motorischen Zonen des Gehirnes, die einen Verlust des Einflusses desselben auf das Rückenmark bedingen, bei allen Erkrankungen der Kapsel-, Rinden- oder Pyramidenbahnen findet man eine außerordentliche Erregbarkeit der Reflexe. Je früher bei diesen Affectionen die Reflexe gesteigert werden, je ungünstiger die Prognose. Bei multipler inselförmiger Sclerose ist die Steigerung des Patellarreflexes nicht so ausgesprochen. Bei Sclerose des Rückenmarkes ist das Verhalten des Patellarreflexes ein verschiedenes: bei Sclerose der Pyramidenbahnen ist er erhöht, schwindet er allmälig, so darf man entweder eine gleichzeitige Ataxie oder eine Poliomyelitis anterior vermuthen. — Die progressive Paralyse äußert sich frühzeitig durch Veränderungen des Patellarreflexes. Die Prognose ist um so schlimmer, je frühzeitiger die Steigerung des Patellarreflexes sich einstellt und je ausgesprochener sie ist. Ist der Kniereflex nur wenig verändert, so ist die Gehirnläsion nur wenig ausgedehnt; fehlt derselbe oder ist er herabgesetzt, so besteht gleichzeitig eine Affection des Rückenmarkes, die in den hinteren inneren Säulen oder in den Vorderhörnern sitzt und verschlimmert die Prognose. — Bei Gehirntumoren bietet das Verhalten der Patellarreflexe einige interessante Eigenthümlichkeiten. In einem Falle von Contusion durch einen Sack auf den Kopf bestand nach Verschwinden des cerebralen Shocks eine ausgesprochene Erhöhung des Patellarreflexes. Auch die oberflächlichen Reflexe waren erhöht; kein Fußclonus. Die Heilung ging glatt vor sich und mit der Rückkehr des Gehirns in den normalen Zustand kehrte auch der Patellarreflex zur Norm zurück.

Aus diesem und anderen Fällen entnimmt F., daß, wenn bei Gehirncontusion die ursprüngliche Shockwirkung vorüber ist, die Schädigung der Gehirnrinde eine um so größere ist, je ausgesprochener die Erhöhung der Patellarreflexe. Eine zunehmende Steigerung der Reflexe ist ein ungünstiges Symptom, während die Rückkehr zur Norm als ein günstiges Zeichen aufzufassen ist.

Was nun das Rückenmark betrifft, so ist die Steigerung der Patellarreflexe bei primären und secundären Degenerationen der Seitenstränge und Pyramidenbahnen bekannt. Es hängt dies damit zusammen, daß die hemmende Wirkung des Gehirnes nicht mehr auf normale Weise auf die Centren ausgeübt werden kann. Das Kleinhirn wird also nicht mehr contrabalancirt. In den Fällen, in welchen der Kniereflex in Folge von spinalen Erkrankungen vermindert oder aufgehoben ist, wird eben die Reflexkette im Rückenmarke in den motorischen und den sensorischen Partien unterbrochen. Ist die Affection, wie z. B. bei der Tabes, in den Hintersträngen localisirt, so betrifft die Schädigung die Endigungen der sensorischen Theile. Sitzt die Affection in den Vorderhörnern, so ist der Kreis am Ursprunge der motorischen Partie unterbrochen. Je rascher also die Degenerationen in allen diesen Theilen sind, um so frühzeitiger tritt der Verlust des Patellarreflexes ein. Bei der Tabes kann ein Stillstand der Erkrankung daraus erkannt werden, daß die Abnahme der Patellarreflexe nicht zunimmt. Bei einer Entzündung der Vorderhörner ist das Stationärbleiben oder die Rückkehr zur Norm der Kniereflexe ein gutes Zeichen, denn dadurch ist erwiesen, daß die Zerstörung der Zellen der Vorderhörner nicht mehr zunimmt, daß sogar eine gewisse Besserung eingetreten. Bei Paraplegie in Folge von Compression besteht gewöhnlich eine außerordentliche Steigerung der tiefen Reflexe. Diese beweist noch nicht, daß eine Degeneration besteht, da solche Fälle auch heilen können. F. hebt aber hervor, daß in dem Momente, wo die Besserung sich zu äußern beginne, und wo der pathologische Proceß seine Rückbildung eingeht, der Kniereflex eine Steigerung erfährt. Es bieten also die Reflexerscheinungen ein Mittel, um die Vorgänge im Rückenmarke zu studiren.

Einen sehr großen Werth besitzt ferner das Verhalten des Patellarreflexes bei den combinirten Degenerationserkrankungen des Rückenmarkes. Wenn die Seitenstränge und die Vorderhörner gleichzeitig erkrankt sind, wie dies bei der amyotrophischen Lateralsclerose der Fall ist, so muß der Reflex nach Erkrankung der Pyramidenbahnen erhöht und durch die Degeneration der Vorderhörner vermindert sein. Betrifft die Degeneration das Centrum des Patellarreflexes, welches in der Höhe der Wurzeln des vierten Lendenpaares sitzt, so ist der Reflex aufgehoben. Auch bei einer anderen Form

von combinirter Degeneration, bei der atactischen Paraplegie von GOWERS, bedingt die Degeneration der Pyramidenbahnen eine Erhöhung, jene der Hinterstränge eine Verminderung der Reflexe. Bei diesen Erkrankungen verdient also das Verhalten des Kniereflexes eine große Aufmerksamkeit, da man durch Fehlen desselben approximativ den Grad der Affection an beiden betroffenen Rückenmarkstheilen entscheiden kann.

Bei Neuritis multiplex fehlt der Patellarreflex, wenn die bei Erzeugung desselben betheiligten Nerven betroffen werden. Doch darf man nicht immer aus dem Fehlen des Reflexes auf eine multiple Neuritis schließen. M.

---

**Dr. J. LOOS (Graz): Die Tetanie der Kinder und ihre Beziehungen zum Laryngospasmus.**

Auf Grund eines größeren klinischen und ambulatorischen Beobachtungsmaterials kommt L. in einer unter obigem Titel publicirten Arbeit zu dem bemerkenswerthen Resultat, daß der Laryngospasmus das wichtigste diagnostische Symptom der Tetanie im Kindesalter ist. Nach ihm ist die Tetanie eine im frühen Kindesalter häufig vorkommende, wohl charakterisirte Krankheit, welche aber verhältnißmäßig selten mit spontanen tonischen Contracturen auftritt, hingegen ihre Anwesenheit durch ein anderes, nicht zu verkennendes Zeichen, den Laryngospasmus, verräth. Das Krankheitsbild auf seinem Höhepunkt zeichnet der Verf. folgendermaßen: Meist kommen die Pat. wegen Laryngospasmus in Beobachtung. Die 4 Monate bis 2 Jahre alten Kinder sind meist wohlgenährt, mit oder ohne deutliche Zeichen von Rachitis. Die laryngospastischen Anfälle sind fast immer sehr heftig. Stets ist das Facialisphänomen zu constatiren; der leiseste Schlag mit einem Percussionshammer auf einen der Fossa canina entsprechenden Punkt der Wangenhaut ruft in sämmtlichen Muskeln des Gesichtes eine blitzartige Zuckung hervor und doch ist für das Zustandekommen des Phänomens absolute Ruhe der Kinder, Mangel jeder willkürlichen Innervation der Gesichtsmusculatur, unbedingt nothwendig. Sämmtliche Muskeln des Körpers sind durch erhöhte mechanische Erregbarkeit ausgezeichnet; jeder einzelne Muskel antwortet auf den leisesten Schlag durch eine Zuckung von blitzartiger Schnelligkeit. Dasselbe gilt bei Beklopfen der Nerven, wozu sich besonders der N. radialis, ulnaris und peroneus eignet. Auch hier dürfen die entsprechenden Muskelgruppen nicht bereits contrahirt sein. Das TROUSSEAU'sche Phänomen, die typische Pfötchenstellung der Hände, ist sehr selten spontan vorhanden, doch läßt es sich im Höhestadium der Krankheit durch Druck im unteren Drittel des Sulcus bicipitalis internus des Oberarmes stets erzeugen. Entsprechend der mechanischen Uebererregbarkeit ist auch die elektrische in hohem Maße gesteigert. Bei 2 Kindern wurde das Persistiren all dieser Symptome in der Narcose constatirt. Was nun den Verlauf betrifft, so schwand in der Regel das TROUSSEAU'sche Phänomen zuerst, oft schon nach 2—3 Tagen des Spitalsaufenthaltes, dann schwanden die laryngospastischen Anfälle, bald darauf das Facialisphänomen, worauf fast gleichzeitig die Muskeln und Nerven zu ihrer normalen Erregbarkeit zurückkehrten. Als mittlere Dauer gibt L. etwa 3 Wochen an.

L. glaubt sich zu dem Schlusse berechtigt, daß der Laryngospasmus gleichwie die übrigen Symptome auf Uebererregbarkeit der peripheren Nerven und Muskeln beruht, und daß es noch des Beweises bedürfe, ob es einen Laryngospasmus ohne die übrigen Symptome der Tetanie gebe. Ba.

---

**E. SONNTAG: Das Hegar'sche Schwangerschaftszeichen.**

HEGAR hat bereits vor Jahren darauf aufmerksam gemacht und in Publicationen seiner Schüler darauf hingewiesen, daß eine eigenthümliche hochgradige Zusammendrückbarkeit des unteren Uterinsegmentes der Schwangerschaft charakteristisch sei und daß wir in diesem eigenartigen Consistenzverhältnisse des graviden Uterus ein außerordentlich werthvolles, geradezu sicheres Schwangerschaftszeichen besitzen.

Um neuerliche Beweise auf eine größere Reihe abgeschlossener Beobachtungen hin zu erbringen und um irrige Ansichten, die über dieses überhaupt noch nicht genügend gewürdigte Schwangerschaftszeichen geäußert wurden, zu corrigiren, nimmt E. SONNTAG diesen Befund zum Thema einer eingehenden Erörterung (VOLKMANN'S Sammlung klin. Vorträge, neue Folge, Nr. 58).

S. beleuchtet die anatomische Grundlage dieses Schwangerschaftszeichens, schildert dessen klinischen Nachweis, das Zustandekommen, sowie die diagnostische Bedeutung.

Das Wesentliche des HEGAR'schen Schwangerschaftszeichens besteht nicht in der Möglichkeit, die Uteruswandungen überhaupt im unteren Uterinsegment comprimiren zu können, sondern in der auffallenden Hochgradigkeit dieser Compressionsfähigkeit, so daß die palpirenden Finger nur eine ganz dünne (kartenblattdicke) Gewebsschichte zwischen sich zu fühlen glauben und der Zusammenhang zwischen Uterus und Cervix ganz aufgehoben erscheinen kann. Dabei macht sich diese scheinbare Trennung nicht im Bereiche des Cervix, sondern erst oberhalb des inneren Muttermundes im sogenannten unteren Uterinsegment geltend.

Dieses HEGAR'sche Zeichen ist unschwer nachzuweisen und erfordert keinen besonderen Grad von Festigkeit in der gynäkologischen Untersuchung. Unter gewöhnlichen Verhältnissen legt man die Spitze des untersuchenden Zeigefingers im vorderen Scheidengewölbe an das untere Uterinsegment und drückt mit der anderen Hand von den Bauchdecken aus die hintere Uteruswand dagegen. Etwas schwieriger gestaltet sich der Nachweis dieses Schwangerschaftszeichens bei Retrodeviationen des Uterus. Es ist dann erforderlich, den einen Finger im hinteren Laquear vaginae oder im Rectum an den Uterus zu legen, während die andere Hand von außen die vordere Uterinwand dagegen andrückt. Oft gelingt der Nachweis der hochgradigen die Schwangerschaft charakterisirenden Zusammendrückbarkeit des unteren Uterinsegmentes nur in gründlicher Narcose. Die gleichfalls auffällige Compressibilität des Uteruskörpers oberhalb des Cervix, wie sie bei Retroflexionen bisweilen nur im Puerperium beobachtet wird, erreicht niemals den hohen Grad, wie bei Gravidität.

Vorsicht ist bei der Erhebung dieses Graviditätssymptomes insoferne geboten, als forcirte fortgesetzte Versuche, es nachzuweisen, schließlich sogar eine unerwünschte Bestätigung der Schwangerschaftsdiagnose durch einen sich den Untersuchungen anschließenden Abortus herbeiführen können. BREUS.

---

**Untersuchungen über Wärme und Fieber.** Von **Dr. Max Herz**, Secundararzt am k. k. allgem. Krankenhause in Wien. Mit 16 Figuren im Text. Wien und Leipzig, 1892. Wilhelm Braumüller.

Nach den landläufigen Anschauungen stehen bei der Wärmebilanz des Organismus 2 große Posten einander gegenüber: Die Wärmeproduction und die Wärmeabgabe; ein Plus auf der einen oder ein Minus auf der anderen Seite hat eine meßbare Temperatursteigerung zur Folge, und diese setzt eine Störung in der Wärmeregulirung voraus, welche von centraler Stelle die Oberleitung in der Oekonomie der Körperwärme führt. Darauf gehen doch die meisten der geltenden Fiebertheorien zurück, ob ihre Vertreter nun im Centrum oder in der Peripherie den Angriffspunkt für die fiebererregende Noxe suchen. Die bisherigen Erklärungsversuche hat HERZ mit scharfen Waffen angefochten — sein Buch ist eigenartig nach jeder Richtung, es flattert ohne den Passirschein einer officiellen Schule in die Welt — und auf Schritt und Tritt merkt man den Stürmer und Dränger, der mit Revolutionsgelüsten auszieht, um die Centralisten in der Fieberfrage zu stürzen.

Die specifische Dignität besonderer Centren für die Erhöhung der Körperwärme leugnet der Verf. ebenso, wie er die Stoffwechseluntersuchungen mit dem Calorimeter als unzweckmäßig verwirft; die Wärmecentra sind nicht beweiskräftig fundirt — wiewohl HERZ für die thermische Reaction nach centralen Läsionen (Pons) keine Erklärung sucht, — und der Begriff des Stoffwechsels ist ihm zu enge gefaßt, wenn er blos in dem Verbrauch von Sauerstoff, der Ausscheidung von Kohlensäure und den stickstoffhaltigen Endproducten seinen Ausdruck finden soll. Mit den chemisch meßbaren Producten sind die Vorgänge beim Stoffwechsel noch nicht erschöpft; das geht aus dem Wärmeverbrauch hervor, der bei der Einverleibung neuer Atomgruppen in das Protoplasma der lebenden Substanz eintritt, wie dies PFLÜGER nachgewiesen hat. Und diese Wärmemenge wird wieder abgegeben beim Uebergang dieser Protoplasmamoleküle

in den leblosen, weiter verbrennbaren Zustand; sie findet einen meßbaren Ausdruck in der postmortalen Temperatursteigerung, wie sie HERZ durch Thierversuche erwiesen hat. Beim Fieber bildet die Zelle nicht nach, was sie von ihrem Leibe verbrannt hat — der Körper magert ab. Es ist nun für den thermischen Effect ganz gleichgiltig, ob die Sistirung der mit Wärmebindung einhergehenden Assimilationsvorgänge durch Krankheit oder durch das Absterben der Zellen eintritt — die Folge äußert sich in beiden Fällen in einem Wärmezuwachs von absolut unberechenbarer Größe. Allein nicht blos in den Assimilationsvorgängen haben wir mit HERZ die Quellen der Fieberwärme zu suchen; das Protoplasma erwärmt sich jedesmal auch beim Uebergange aus dem halbflüssigen in den Zustand des geronnenen Eiweißes, was einem Umsatz an lebendiger Kraft entspricht. Bei der Gerinnung der Milch hat der Verf. dies deutlich illustriren können und hier erfolgt die Temperatursteigerung dadurch, daß die vorher flottirenden Eiweißmoleküle ihre Beweglichkeit aufgeben. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß ähnliche Vorgänge auch im Inneren der fiebernden Zelle statthaben, ohne daß dabei jene Factoren, auf welche die bisherigen Stoffwechsel-Untersuchungen recurriren, beeinflußt würden.

In gleicher Weise verfügt der Organismus durch die Bindung des Wassers und die Quellung des Protoplasmas über eine Wärmequelle, welche für die Genese der Fieberwärme von Belang ist. Hier wird Wärme entbunden, weil eine Summe schwerer beweglicher organischer Moleküle die rasch bewegten Theilchen des Wassers zwischen sich nehmen und sie so eines Theiles ihrer lebendigen Kräfte berauben, sie binden. Den Beweis hiefür erbringt HERZ durch Beobachtungen aus der Leinenappretur und aus der Quellung der Samen (Gerste, Roggen).

Nebst der Lähmung der regenerativen Vorgänge, der Quellung und Gerinnung des Protoplasmas, führt HERZ noch eine Verbindung der beiden letztgenannten Processe, eine Gelatinirung von Lösungen als Ursache für die Wärmesteigerung im Fieber an. Bei der Messung des Dampfdruckes an der Haut (Perspiratio insensibilis) findet HERZ im Fieber eine Herabsetzung der Werthe. Da nun der Dampfdruck mit der Temperatur steigt, mit der Concentration, respective der Wasserbindung fällt, muß man im Fieber an eine festere Bindung der Wassertheilchen, an eine Quellung der Zellen denken. Mit dem Anstieg der Temperatur tritt Wasser aus dem Blute in die Zellen und wird immer mehr dem Körper zugeführt (Durst), bis das Fieber seine Höhe erreicht und der Dampfdruck wieder ansteigt. Mit der Entfieberung erhöht sich die Flüssigkeitsausscheidung, die Zellen geben ihr Wasser ab, wobei Wärme gebunden wird.

Wenn HERZ auch nicht zeigen konnte, daß die Lehre von der Beeinflussung der Körperwärme durch ein Centrum falsch ist, hat er sich doch bei der Heranziehung einer Reihe von intramoleculären, wärmebildenden Processen dieser Erklärung begeben. Wie er von einem Fieber einzelliger Organismen spricht — ein Capitel, das in diesen Blättern bereits ausführliche Würdigung erfahren hat und das ich deshalb übergehe — von einem Processe bei der Hefezelle, der dem Fieber der Thierzelle analog zu setzen ist, zeigt er, daß jede Zelle des Organismus in sich die Fähigkeit birgt, auf die unbekannte Noxe derart zu reagiren, daß aus der Resonanz der krankhaften Veränderungen des ganzen Zellencomplexes sich ein Zustand ergibt, den wir klinisch mit dem Namen Fieber zu bezeichnen gewohnt sind.

Ebenso entbehrlich, wenn nicht geradezu übertrieben ist der Einfluß, der den Hautgefäßen auf die thermische Regulirung zugeschrieben wird. Nebst den bekannten fiebererzeugenden Kräften ist noch eine Summe von Leistungen, eine Reihe stiller Compagnons, für das Zustandekommen der Wärmesteigerung im Fieber verantwortlich, und auf diese werden die Methoden der folgenden Untersuchungen wohl Bedacht nehmen müssen.

Was an diesen interessanten Studien besonders anzieht, ist die Originalität der Auffassung und die Einfachheit der Versuche, mit denen der Verf. seine Behauptungen stützt. Bald sind es Beobachtungen aus der Bierbrauerei, aus der Industrie, bald aus der Landwirthschaft, bald ein paar mit geringen Mitteln angeordnete Prüfungen, die HERZ mit Hilfe seines physikalischen Talentes für seine Zwecke verwerthet. Ueberall anregend und streitbar, verfällt HERZ trotz seiner scharfen Logik oft in den Fehler der brüsken Zurückweisung anders gearteter Leistungen.

Die Anordnung des schwierigen Stoffes entbehrt stellenweise jener durchsichtigen Klarheit, welche die Lectüre erleichtert und annehmlich gestaltet; doch überall ist die Diction scharf, prägnant und schlagend, und das Buch besitzt genug Vorzüge, um den genannten Nachtheil vollends aufzuwiegen. Dr. GUSTAV SINGER.

---

**Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende.** Von **Dr. Adolf Baginsky** in Berlin. Vierte, vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1892, Friedrich Wreden.

Das weit verbreitete und in mehrere Cultursprachen übersetzte Lehrbuch BAGINSKY'S liegt nunmehr in vierter, vermehrter Auflage vor. Was den Plan und die Anordnung des reichhaltigen Stoffes, den Werth und die Bedeutung des Werkes selbst anbelangt, so ist bei Besprechung der früheren Auflagen desselben in diesen Blättern wiederholt darauf näher eingegangen worden. Der Verf. war, gemäß der fortschreitenden eigenen Erfahrung und in sorgfältiger Abwägung der von Anderen geschaffenen praktischen und wissenschaftlichen Thatsachen auch in dieser neuen Auflage bestrebt, die einzelnen Capitel vielfach zu ändern und zu verbessern, wobei jedoch der Grundplan des Werkes der gleiche geblieben ist.

Wir beschränken uns, nur Einzelnes hervorzuheben.

Als ganz neuen Abschnitt hat der Verf. die Influenza eingefügt, die in Folge der kürzlich beobachteten Pandemie eine so große Wichtigkeit erlangt hat. In der Frage der Aetiologie von Croup und Diphtherie betont der Verf., wie wir mit Befriedigung constatiren, nicht mehr mit der gleichen Entschiedenheit, wie in den früheren Auflagen, die völlig verschiedene Aetiologie dieser beiden Krankheitsformen, ist vielmehr geneigt, in Uebereinstimmung mit den sich stetig mehrenden neuen Beobachtungen, den LÖFFLER'schen Diphtheriebacillus als die einheitliche Erregungsursache dieser beiden Erkrankungen anzuerkennen. In der Therapie hat der Verf. sich wesentlich von der eigenen Erfahrung leiten lassen, ist jedoch auch den Erfahrungen und Anschauungen anderer Fachcollegen in objectiver Weise gerecht geworden.

Wir glauben daher das in der Diction so anregende und im Inhalte so reiche Lehrbuch nicht noch besonders empfehlen zu sollen und wünschen, daß dasselbe immer weiteren Eingang in ärztliche Kreise finden möge.

Druck und Ausstattung verdienen Lob. UNGER.

---

# Feuilleton.

## Neapel von Einst und Jetzt.

Wohl Jeder, der in früheren Jahren Neapel besuchte, wird mit Schaudern erfüllt worden sein, wenn sein Auge, wonnetrunken von den Schönheiten der dortigen Natur, auch auf jene Stadttheile fiel, welche von der armen Bevölkerung bewohnt werden. Waren es doch entsetzliche Bilder, welche sich in jenen engen, von Unrath strotzenden Winkelgassen dem Beobachter darboten. Dem Fremden, welchen nur Neugierde in jene verrufenen Stadttheile trieb, genügte meistens schon der flüchtige Anblick jener, vor den Thüren hockenden Gestalten, auf deren Stirne Elend, Krankheit und Laster einen unverwischbaren Stempel gedrückt hatten, sowie jener verwahrlosten, in einer Atmosphäre des Lasters und Verbrechens athmenden Kinder, welche ihn frech umringten, um ihm ein Almosen zu entreißen, so daß er so rasch wie möglich dieser Stätte menschlichen Elendes wieder zu entfliehen suchte. Der ernste Forscher dagegen mußte sich entschließen, oftmals Zeuge des sich in jenen Straßen abspielenden traurigen Lebens zu sein, ja mußte, um sich einen wahren Begriff des dort herrschenden Elends zu bilden, es wagen, in jene hohen labyrinthartigen Häuser einzudringen und jene entsetzlichen Höhlen, in welchen tausende von Menschen, eng aneinander gedrängt, Alles dessen entbehrend, was zu einem

menschenwürdigen Dasein gehört, troglodytenartig hausten, selbst in Augenschein zu nehmen.

Die Natur hat mit verschwenderischer Hand über Neapel das Füllhorn ihrer Gnade ausgegossen, Menschenhand dagegen, d. h. Vernachlässigung, das dolce fare niente, Sorglosigkeit der maßgebenden Kreise hatte es verschuldet, daß, indem nichts für diese Stadttheile, welche die Nachtseite aller Großstädte bilden, geschehen war, dieselben sich in Giftherde verwandelt hatten, welche gefahrbringend für die ganze Stadt waren. Diese Gefahr wurde dadurch noch gesteigert, daß Neapel mit schlechtem Wasser versehen war, und dieses in so geringer Menge, daß die Canäle nur ungenügend gereinigt werden konnten. Mit Recht mußte daher die Sirenenstadt als der Sitz aller Infectionskrankheiten angesehen werden. Der Typhus war der Anführer dieser ganzen Schaar und er war es, der am erbarmungslosesten unter der Bevölkerung und der jährlich dahin eilenden Fremdenschaar wüthete. Die ganze Tragweite jener Unterlassungssünden zeigte sich jedoch in erschreckender Klarheit erst, als im Jahre 1884 einmal wieder das bleiche Gespenst der Cholera auftauchte, um auf jenem so sorgfältig vorbereiteten Felde eine reiche Ernte einzuheimsen.

Jene armen Stadtviertel verwandelten sich in Pesthöhlen, von welchen aus sich das verderbliche Gift mit Blitzesschnelle über die ganze Stadt verbreitete, so daß in kurzer Frist tausende und aber tausende von Menschenleben dem unersättlichen Feinde zum Opfer fielen. Entsetzen ergriff die ganze Bevölkerung, das fürchterlichste Elend herrschte, dem gegenüber die Obrigkeit machtlos war. In großartiger Weise zeigte sich damals die einmüthige Opferfreudigkeit von ganz Italien, indem, dem heroischen Beispiel König Humbert's folgend, aus allen Theilen des Reiches zahllose Menschen herbeieilten, um ebensowohl durch persönliche Hilfeleistung, als durch materielle Unterstützung der so schwer betroffenen Bevölkerung beizustehen und dem grenzenlosen Elend zu steuern.

König Humbert nun war es, der darauf drang, daß, um Neapel in Zukunft vor der Wiederholung eines solchen Unglückes zu bewahren, die weitgehendsten Opfer gebracht werden müßten und daher man sich nicht daran genügen lassen dürfe, dem herrschenden Wassermangel*) abzuhelfen, sondern, daß man jene, die Existenz einer ganzen Bevölkerung gefährdenden Stadttheile niederreißen und wieder neu aufbauen müsse. Ein colossales Project, wenn man bedenkt, daß es sich darum handelt, im Laufe weniger Jahre für 87.000 Menschen neue Wohnungen zu schaffen.

Um nun die Beschaffung des nöthigen Capitals von 80 Millionen zu ermöglichen, setzte der König es durch, daß der Umbau Neapels durch Parlamentsbeschluß bestimmt wurde und der Staat der größten Stadt des Reiches mit einem Darlehen von 41 Millionen Franken zu Hilfe komme.

*) Die Wasserleitung war damals schon im Bau.

Im Frühjahr 1885 wurde Neapel mit dem trefflichen Serinowasser versehen. Diese Quellen wurden 87 Kilom. weit hergeleitet. Sie liefern pro Tag 170.000 Cubmtr. krystallhellen Wassers, dessen Temperatur auch im Hochsommer nie 8° C. übersteigt. Da nun für die Bedürfnisse der Bevölkerung 100.000 Cubmtr. genügen, so kann zur täglichen Straßen- und Canalreinigung ein Ueberschuß von 70.000 Cubmtr. Wassers verwendet werden. Neapel kann sich jetzt rühmen, im Besitze eines der besten Trinkwasser der Welt zu sein.

Was nun den Stadtverjüngungsproceß anbelangt, so wurden die dazu nöthigen Riesenpläne von hochbedeutenden italienischen Ingenieuren ausgearbeitet. Um den Umbau zu ermöglichen, mußten 7100 Besitzer expropriirt, 144 Straßen mit 62 Kirchen, 535 Häusergruppen (enthaltend 12.000 Wohnungen), 56 Lagerhäuser niedergerissen und 127 Straßen erweitert werden. In den alten Stadttheilen kamen auf den Hektar Terrain 1610 Seelen, während in dem neuerbauten Stadttheile nur 700 Seelen pro Hektar gerechnet wurden; daher im Gegensatze zu dem früheren Areal von circa 55 Hektaren der neuerbaute Stadttheil ein Areal von circa 124 Hektaren beanspruchte. Ferner sei hier noch erwähnt, daß das jetzige Canalnetz von Neapel 11,187.330 Quadratmeter einnimmt.

Am 15. Juni 1889 legte König Humbert, umgeben von dem ihm dankbar zujubelnden Volke, diesen bedeutungsvollen Grundstein.

Es war ein erhebender Augenblick, als König, Obrigkeit und Volk sich einmüthig die Hand reichten, um eine That zu vollbringen, durch welche eine der schönsten Städte der Welt nun auch in eine der gesündesten umgewandelt werden sollte. Ein Riesenwerk, welches mit Opfermuth begonnen wurde und mit eiserner Willenskraft zu Ende geführt wird.

Hand in Hand mit diesem gewaltsamen Verjüngungsproceß gehen die hygienischen Verordnungen und Maßregeln, die von der städtischen Obrigkeit gegeben worden sind und Dank des einmüthigen Vorgehens einer so einsichtsvollen Behörde auch aufrecht erhalten werden. Neapel kann sich glücklich schätzen, zum Leiter der städtischen Hygiene einen Prof. EUGEN FAZIO zu besitzen, dessen Name als Hygieniker weit über die Grenzen seines italienischen Vaterlandes rühmlichst bekannt ist. Der Zweck dieser Zeilen nun ist, auch dem Auslande zu zeigen, welch große Erfolge auf dem Gebiete der Hygiene, Dank all dieser aufgezählten Neuerungen, in Neapel erzielt worden sind, und benutze ich, um dieselben actlich zu beweisen, dazu mit besonderer Genugthuung nachfolgende statistische Tabelle, welche ich einem sorgfältig und genau gearbeiteten Aufsatze des Cav. Dr. R. SERAFINO entnehme. (Siehe „La salubrità della città di Napoli". Rivista Internazionale d'Igieine, Anno III, Fasc. 5.)

**Statistische Tabelle über die Sterblichkeitsverhältnisse der acuten Infectionskrankheiten in Neapel 1881—1891.**

| Jahr | Einwohnerzahl | Allgemeine Sterblichkeit | Medium auf 1000 Einwohner | Pocken | Masern | Scharlach | Abdominaltyphus | exanth. Typhus | Diphtheritis | Keuchhusten | Cholera | Totale | Auf 1000 Einwohner: Typhus | Auf 1000 Einwohner: Allg. Infect.-krankheiten | Auf 100 Todesfälle: Typhus | Auf 100 Todesfälle: Allg. Infect.-krankheiten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1881 | 494.314 | 15.635 | 31·6 | 15 | 1192 | 101 | 471 | 73 | 382 | 112 | | 2346 | 0·95 | 4·75 | 3·01 | 15·00 |
| 1882 | 494.314 | 14.609 | 29·5 | 14 | 96 | 486 | 284 | 20 | 397 | 34 | | 1331 | 0·57 | 2·69 | 1·94 | 9·11 |
| 1883 | 504.795 | 15.898 | 31·5 | 8 | 649 | 72 | 316 | 23 | 368 | 56 | | 1492 | 0·63 | 2·96 | 1·99 | 9·38 |
| 1884 | 502.417 | 22.222 | 44·2 | 4 | 370 | 54 | 299 | 16 | 193 | 85 | 6971 | 7992 | 0·59 | 15·91 | 1·35 | 35·96 |
| 1885 | 505.143 | 14.044 | 27·8 | 211 | 391 | 103 | 287 | 17 | 133 | 72 | | 1214 | 0·57 | 2·40 | 2·04 | 8·64 |
| 1886 | 507.260 | 15.405 | 30·4 | 456 | 621 | 302 | 242 | 10 | 109 | 55 | 11 | 1806 | 0·49 | 3·54 | 1·57 | 11·65 |
| 1887 | 511.201 | 14.660 | 28·7 | 136 | 144 | 217 | 227 | 8 | 88 | 46 | 373 | 1239 | 0·44 | 2·44 | 1·55 | 7·70 |
| 1888 | 514.286 | 14.937 | 29·1 | 74 | 475 | 91 | 177 | 6 | 53 | 49 | | 925 | 0·35 | 1·80 | 1·18 | 6·19 |
| 1889 | 519.655 | 13.982 | 26·9 | 7 | 61 | 134 | 168 | 6 | 113 | 119 | | 608 | 0·32 | 1·17 | 1·20 | 4·35 |
| 1890 | 522.797 | 15.237 | 29·1 | 14 | 175 | 140 | 114 | 1 | 123 | 33 | | 600 | 0·22 | 1·15 | 0·75 | 3·94 |
| 1891 | 527.586 | 15.148 | 28·7 | 174 | 96 | 70 | 105 | 5 | 180 | 14 | | 644 | 0·20 | 1·26 | 0·69 | 4·25 |

Aus dieser Tabelle ersieht man, daß die Choleraepidemie 1884 (vor Einführung des Serinowassers) 6971 Opfer gefordert hat. Diese große Zahl veranlaßte den Professor E. FAZIO zu einem Aufsatze in der „Roma" (neapolitanisches Blatt) mit dem Motto: „In Neapel trinkt man sich die Cholera an." Wie richtig diese schwerwiegende Beschuldigung der damals von der Bevölkerung benutzten Brunnen

war, erweist sich, wenn man aus der Tabelle weiter sieht, daß nach Einführung des Serinowassers (im Jahre 1885) die im Jahre 1886 in Süditalien heftig auftretende Cholera Neapel verschonte (die 11 aufgezeichneten Cholerafälle betrafen erwiesenermaßen nur Flüchtlinge der schwer betroffenen Umgegend), während die kleine Epidemie von 1887 (mit 371 Opfern) sich auf jene Tage beschränkte, in welchen Neapel in Folge der Unterbrechung der Wasserleitung wieder auf die Benutzung seiner alten Giftbrunnen angewiesen war.

Noch mehr jedoch spricht für die jetzigen trefflichen hygienischen Verhältnisse Neapels die jährliche Abnahme des Typhus, sowie der anderen Infectionskrankheiten. So sehen wir, daß während der Typhus im Jahre 1881 3·01 und die übrigen Infectionskrankheiten 15·00 der Sterblichkeit ausmachten, diese Procentzahl jetzt auf 0·69, respective 4·25 zurückgegangen ist, während sich die allgemeine Sterblichkeit von 31·6 bis auf 28·7 verringert hat. Ein großer Erfolg, umso größer, wenn man bedenkt, daß dieses die Errungenschaft von nur 7 Jahren ist.

Diese Thatsachen werden hoffentlich dazu beitragen, auch im Auslande festgewurzelte, jetzt aber ungerechte Vorurtheile gegen Neapel zu zerstreuen. Mögen sich daher Gesunde wie Leidende nicht länger abhalten lassen, einen Ort aufzusuchen, der ihnen außer seinem klimatischen und hygienischen Vortheile, den Vorzug von Wintermineralwassercuren bietet. Ist doch Neapel und Umgegend so reich an den verschiedenartigsten Mineral- und Thermalquellen, sowie den vulcanischen Ausströmungen, daß der berühmte englische Chemiker M. CAMERON, bei Gelegenheit eines diesbezüglichen Berichtes, den Satz aufstellte: „daß es wohl kaum ein bedeutendes europäisches Mineralwasser gebe, welches nicht auch hier vertreten sei", und ich schließe diesen kleinen Aufsatz, indem ich mich mit voller Ueberzeugung des ewig jungen Wortes des alten Meisters HIPPOKRATES bediene, nämlich: „ἄριστον μὲν ὕδωρ!"

Dr. SCHNEER.

---

## Kleine Mittheilungen.

— Dr. BRIE berichtet in Nr. 24 des „Neurol. Centralbl." über die in der Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn gemachten Erfahrungen mit **Trional als Schlafmittel.** Trional ist ein weißes Pulver, ähnlich dem Sulfonal, schwer in Wasser von gewöhnlicher Temperatur (320 Th.) löslich, leichter löslich in heißem Wasser, leicht in Alkohol und Aether. Die wässerige Lösung hat einen ganz schwach bitteren Geschmack, der aber nie Anlaß zu einer Klage von Seiten der Patienten gab. Es sind von Mitte August bis Mitte November bei 42 Kranken circa 600·0 Grm. Trional mit 360 Einzelgaben zu 1·0—3·0 Grm. verbraucht worden. Es wurde als feines Pulver $^1/_2$ Stunde vor dem Schlafengehen meist in heißem Wasser gelöst und nach Zusatz von kaltem Wasser gegeben. Nach den Krankheitsformen und der Art der Schlafstörung lassen sich die behandelten Fälle am besten in 5 Gruppen zusammenstellen. Erstens 11 Fälle mit Depressionszuständen melancholischen und hypochondrischen Charakters, leichteren und schwereren Grades, die zwar dauernd ruhig waren, aber hauptsächlich auch über Schlaflosigkeit zu klagen hatten. Hier führte Trional einen 7—9stündigen Schlaf herbei, wirkte durchgehends sehr prompt nach circa $^1/_2$ Stunde ohne unangenehme Nebenerscheinungen, und ohne daß die Patienten am nächsten Tage irgend welche Beschwerden hatten. Als Dosis genügte bei den leichtesten Fällen 1·0 Grm., in schwereren dagegen ist es besser, mit 2·0 anzufangen, weil nach 1·0 die Kranken schon ziemlich früh erwachen; wenn mehrmals 2·0 mit ausgezeichnetem Erfolge gegeben worden waren, dann war für die nächste Zeit oft 1·0 ausreichend. Es schließt sich daran die zweite Gruppe mit 4 Fällen von agitirter Melancholie. Mit 2 Grm. Trional erzielte Verf. bei zwei Kranken sofort einen guten Schlaf und die ganze Nacht hindurch anhaltende Ruhe; bei diesen hatte später auch 1 Grm. ergiebige Wirkung. Im dritten Falle wirkte die erste Gabe von 2 Grm. nicht ganz so lange, dagegen that es die zweite mit 3 Grm. und die nächstfolgenden wieder mit 2 Grm. Die vierte Patientin schlief von vornherein mit 1 Grm. gut, beide zuletzt genannten blieben nach sechsmaliger Verabreichung auch längere Zeit nachher Nachts vollkommen ruhig. Bei den maniakalischen Erregungszuständen, einschließlich der paralytischen Tobsucht, sind die Erfolge durch Trional sehr beachtenswerth; daß bei diesen Zuständen Dosen von 2 Grm. und öfters als sonst von 3 Grm. nöthig waren, ist selbstverständlich. Aber unter 10 Fällen war nur ein Mißerfolg zu verzeichnen. Auch in den 8 Fällen der vierten Gruppe, wo die Hallucinationen im Vordergrund der Erscheinungen standen, die Kranken (mit hallucinirter Verwirrtheit und hallucinirter Paranoia) erregt und schlaflos waren, war stets mit Trional ausreichender Schlaf zu erzielen. In der letzten Reihe der Fälle von secundärer Seelenstörung, Dementia senilis, organischen Hirnerkrankungen und paralytischem Blödsinn wurden 64 Einzelgaben zumeist an Kranke, die schon mehrere Nächte hindurch unruhig und störend gewesen waren, verabreicht. Bei den meisten trat nach 2 Grm. Ruhe für die nächsten und die folgenden Nächte ein; die übrigen schliefen den größten Theil der Nacht. Das Resultat mit Trional ist also nach dem übereinstimmenden Ergebnisse der bisherigen Beobachtungen ein außerordentlich günstiges. Es ist als Schlafmittel unter den ersten zu nennen und zu empfehlen, und es wird auch vor allen anderen sehr oft den Vorzug erhalten, weil es so gut wie geschmacklos ist, sich leicht nimmt, schnell wirkt und nur selten und sehr geringe Nebenwirkungen zeigt. Es ist indicirt sowohl bei einfacher Agrypnie, als auch bei der mit Unruhe und selbst stärkerer Erregung einhergehenden Schlaflosigkeit psychisch Kranker.

— Gelegentlich der Versuche mit der LIEBREICH'schen Behandlung der Tuberculose konnte TALAMON **die diuretische Wirkung des cantharidinsauren Kalium** constatiren und berichtet in Nr. 43 der „Méd. mod." über seine diesbezüglichen Erfahrungen. Bei Phthisikern zeigte sich schon am nächsten Tag nach der Injection eine Vermehrung der Harnmenge. Die diuretische Wirkung ist schon nach 0·1 Mgrm. wahrnehmbar, nach 0·2 Mgrm. ist sie deutlicher, ist aber schon bei 0·3 Mgrm. geringer und nach 0·4 Mgrm. und darüber stellt sich schon Oligurie und Albuminurie ein. Gleichzeitig findet auch eine vermehrte Ausscheidung von Harnstoff statt. Die diuretische Wirkung des cantharidinsauren Kalium macht sich auch bei Gesunden geltend, obgleich sie bei Phthisikern leichter hervorzurufen, ausgesprochener und dauernder ist. In 3 Fällen von Morbus Brighti (1 M. Brighti chron. mit Hypertrophie des linken Ventrikels, Oedemen und Oligurie, 2 Fälle von Schrumpfniere mit Hypertrophie des linken Ventrikels und Arteriosclerose) zeigte sich in den ersten Tagen eine Neigung zu Polyurie, ohne Beeinflussung der Albuminurie, bald aber erschöpfte sich diese Wirkung. Es muß jedoch bemerkt werden, daß in diesen Fällen, wie die Section lehrte, die Nierenveränderungen in einem Stadium waren, in welchem jede Behandlung erfolglos bleiben mußte. Vielleicht wären die Erfolge bei acuten Nephritiden mit recenteren oder weniger tiefen Veränderungen günstigere. Wie dem auch sei, so viel steht fest, daß das cantharidinsaure Kalium in Dosen von 0·10 Mgrm. einen günstigen Einfluß auf die Diurese ausübt. Wahrscheinlich wirkt das Cantharidin dadurch diuretisch, daß es das Epithel der Glomeruli reizt. Ist dieses Epithel verändert, so stellt sich keine Erhöhung der Diurese ein, sondern man riskirt sogar, Hämaturie zu erzeugen.

— Dr. G. J. MÜLLER (Posen) theilt in Nr. 50 des „Aerztl. Prakt." mit, daß ihm **Jodwasser gegen Influenza** sehr gute Dienste geleistet hat. Die Wirkung dieses Mittels ist spätestens nach 24 Stunden deutlich erkennbar, am schnellsten wirkt es in schmerzhaften Fällen, bei Colik u. s. w. Bekanntlich ist Aq. jodata eine Lösung des reinen Jod in 5000 Theilen Wasser. Es empfiehlt sich, diese Lösung erst beim Gebrauch jedesmal frisch zu bereiten. Dies geschieht in folgender Weise: Man verschreibt:

Rp. Tinct. jod. . . . . . . . . . . . . . . 2·0
Spirit. vin. . . . . . . . . . . . . . . 40·0
S. 2mal täglich 5 Tropfen in einem halben Glase Wasser; die Menge des letzteren muß mindestens 50 Grm. betragen.

Ist destillirtes Wasser nicht zur Hand, so kann man auch Leitungswassers verwenden. Auch kann man das Wasser mit Zucker versetzen, jeder andere Zusatz ist verboten.

— Dr. ORSINO MANGANOTTI empfiehlt die **Behandlung des Tripper mit Ichthyol.** Dieselbe wird in folgender Weise („Deutsch. Med. Ztg.", Nr. 3) durchgeführt: Man stellt Ichthyollösungen verschiedenartiger Stärke, 1-, 2-, 3- und 5proc., her und beginnt mit den Injectionen der schwächsten, die in den meisten Fällen benutzt wurde. Niemals entwickelte sich dabei eine unerwünschte Complication, auch zeigte sich die Injection (1—2 Proc.) stets schmerzlos; bei stärkeren Lösungen wenig schmerzhaft; unangenehme secundäre Folgeerscheinungen kamen niemals, weder von Seiten der Blase, der Prostata, noch der Hoden vor. Je nach der Lage des Falles wurden täglich 3—5 Einspritzungen verordnet, die gegen das Ende der Behandlung noch verringert wurden. In sämmtlichen Fällen erzielte man ausgezeichnete Resultate, bei den acuten Formen befriedigendere als bei den langsam verlaufenden, besonders wenn die Urethra vorher mit anderen stärkeren Injectionen behandelt worden war. Der Hauptvorzug der Ichthyollösungen besteht zunächst in deren geringfügiger Belästigung, wodurch die entzündlichen Symptome nicht gesteigert werden, und sodann in dem Ausbleiben von Complicationen in den benachbarten Organen. Dagegen liegt eine unangenehme Begleiterscheinung in dem widerwärtigen Geruch (ähnlich dem des Phosphorwasserstoffes) des Ichthyols und in seiner dunklen Farbe, durch welche die aus der Harnröhre abfließenden Tropfen die Wäsche beflecken, ohne sie jedoch zu verderben. Obwohl diese Momente von geringer Bedeutung erscheinen, so ist dennoch hinreichend bekannt, wie jene in der Praxis der weiteren Verbreitung eines, wenn noch so nützlichen Medicaments hinderlich sind, wie z. B. auch beim Jodoform, da die Kranken ein Interesse daran haben, ihre geschlechtlichen Krankheiten geheim zu halten. Hält man beim Ichthyol dessen Vor- und Nachtheile einander gegenüber, so überragen nach Verf. die ersteren bei weitem die letzteren und verdienen die Ichthyollösungen in der Therapie der urethralen Blennorrhagie in vollem Maße eine ausgedehnte Verbreitung.

— Doc. Dr. O. v. BÜNGNER (Marburg) empfiehlt in Nr. 51 des „Centralbl. f. Chirurg." zur **Wahl der Einstichstelle bei der Jodoforminjection in das tuberculös erkrankte Hüftgelenk** folgendes von KÜSTER seit 3 Jahren geübte Verfahren: Man bestimmt palpatorisch auf derjenigen Seite, auf welcher man die Injection vornehmen will, die Kreuzungsstelle der A. femoralis mit dem horizontalen Schambeinast und sticht in der von dieser Kreuzungsstelle zur Spitze des Trochanter major gezogenen Geraden am Innenrande des Sartorius in sagittaler Richtung direct in das Hüftgelenk ein. Hier ist die Stelle, wo man bei mageren Individuen, zumal bei leichten Bewegungen, den runden Schenkelkopf fühlt, wo es bei Coxitis so leicht zu sichtbaren oder doch fühlbaren Schwellungen kommt, weil hier eine dünnere Stelle der Gelenkkapsel vorhanden ist, deren pathologische Bedeutung noch dadurch erhöht wird, daß auf derselben ein dünnwandiger Schleimbeutel, die Bursa subiliaca, liegt, welche unter zehn Fällen etwa einmal mit der Gelenkhöhle communicirt, und hier ist auch die Stelle, wo eingestochen werden soll. Von diesem Einstichpunkt aus dringt man allemal leicht und sicher in das Gelenk ein. Der Weg, den das Instrument — Troicar oder Hohlnadel — bei dieser Art der Einführung zurückzulegen hat, ist viel kürzer, als der von KRAUSE angegebene, ja es ist überhaupt der kürzere und directeste Weg, den man einschlagen kann, um von der Hautoberfläche in das Hüftgelenk zu gelangen, weil letzteres hier am oberflächlichsten liegt. Die Verletzung irgend eines wichtigeren Gebildes der Unterleistengegend ist bei dem Einstich an dieser Stelle vollkommen ausgeschlossen, da die Hauptstämme der A. und V. femoralis, sowie des N. cruralis mehr medianwärts liegen und da auch namhafte Seitenäste derselben das Operationsgebiet nicht durchziehen. Versuche an Leichen ergaben, daß während von 25 nach KRAUSE injicirten Hüftgelenken das Instrument 6 Mal überhaupt nicht in das Hüftgelenk gelangte, die nach der angegebenen Methode gemachten 25 Injectionen sämmtlich gelungen waren. Wenn die Behandlung der Gelenkstuberculose mit Jodoformeinspritzungen bisher am Hüftgelenk noch nicht so befriedigende Ergebnisse geliefert hat, wie an anderen Gelenken, so liegt das, nach B., darin, daß die Punction vom großen Trochanter her nicht immer gelingt.

---

## Verhandlungen ärztlicher Vereine.

# K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 20. Januar 1893.

**HOFMOKL** stellt jenen durch Pneumotomie geheilten Fall von circumscripter Höhlenbildung der Lunge vor, über welchen er bereits in Nr. 48 und 49 unseres vorigen Jahrganges ausführlich berichtet hat.

**MANNABERG: Ueber neuere Forschungen auf dem Gebiete der Malariaätiologie.**

Redner hatte Gelegenheit, in den Malariagegenden unserer Monarchie diese Erkrankung eingehend zu studiren. Seine Untersuchungen bezogen sich auf 130 Fälle, welche die verschiedensten Fieberformen mit Ausnahme der allerschwersten, tödtlich verlaufenden repräsentiren. Außerdem schenkte er seine Aufmerksamkeit auch den in Wien sporadisch vorkommenden Fällen von Malaria, welche wesentlich einfachere Verhältnisse bieten, aber für das Studium der complicirteren Formen nicht unwichtig sind.

M. gibt zunächst einen historischen Ueberblick über die Entwicklung unserer Kenntnisse von den Malariaparasiten, die Arbeiten LAVERAN'S, GOLGI'S, MARCHIAFAVA'S, CELLI'S und Anderer kurz berührend. Als wesentliches Ergebniß der neueren Forschung ist die Beschreibung eines im Verhältniß zum Parasiten des Tertian- und Quartanfiebers kleinen amöboiden Parasiten des quotidianen Typus zu betrachten. M. sieht in demselben den Erzeuger der so vielfach gedeuteten LAVERAN'schen Halbmonde, welche M., allerdings selten, schon am zweiten Tage der Erkrankung auftreten sehen konnte. Nach seinen Erfahrungen entstehen die halbmondförmigen Körperchen aus der Conjugation von zwei oder mehreren derartigen amöboiden Parasiten und er stützt diese Ansicht durch das von ihm constatirte Vorkommen von conjugirten Parasiten, durch die zweitheilige Anordnung des Pigments in den Halbmonden und durch die quere Segmentirung dieser Körper. Gerade die Seltenheit des Vorkommens solcher Conjugationsvorgänge erklärt den seltenen Befund der halbmondförmigen Körper. Der Ansicht LAVERAN'S, daß die halbmondförmigen Körper mit der Kachexie zusammenhängen, tritt Redner entschieden entgegen, da er einerseits bei kachektischen Malariakranken die Halbmonde vermißte, andererseits sie bei Nichtkachektischen gefunden hat. M. konnte die Existenz eines Tertianfiebers ohne die typischen Tertianparasiten GOLGI'S, sondern mit jenen kleinen, halbmondbildenden Parasiten schon im Sommer 1891, ehe noch die vorläufige Mittheilung MARCHIAFAVA'S erschien, nachweisen. Dieser Parasit ist gerade für die schwersten Tertianformen charakteristisch.

M. sieht in den verschiedenen Formen der Malariaparasiten nur Artverschiedenheiten und theilt sie in folgender Weise ein:

I. Parasiten mit directer Sporulation, ohne Syzygien (Halbmonde).

1. Der Quartanparasit.
2. Der Tertianparasit.

II. Parasiten mit directer Sporulation und mit Syzygien (Halbmonden).

1. Der pigmentirte Quotidianparasit.
2. Der unpigmentirte Quotidianparasit.
3. Der maligne Tertianparasit.

Die erste Gruppe zeichnet sich durch ihre Gutartigkeit, die zweite durch ihre schlechte Prognose aus.

Bezüglich der Morphologie der Malariaparasiten theilt M. mit, daß die amöboiden Jugendstadien aller Parasitenarten nicht endoglobulär, sondern den rothen Blutkörperchen von außen her eingedrückt sind. Die großen Formen sind dagegen entschieden endoglobulär.

Schließlich betont M. noch die Wichtigkeit der Kenntniß der Malariaparasiten für die Diagnostik, da ein einziges Blutpräparat genügt, um die Malaria an sich und ihren Typus zu constatiren und die Prognose zu stellen. Ba.

## Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 11. Januar 1893.

Vorsitzender: Dr. HERZ. — Schriftführer: Dr. KAHANE.

Der Vorsitzende eröffnet mit einer kurzen Ansprache die Versammlung.

Sodann hält

**S. FREUD** einen Vortrag: **Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene.** (Gemeinschaftliche Arbeit mit **Dr. JOS. BREUER.)**

Erscheint in extenso.

---

In der letzten Sitzung des vergangenen Jahres wurden als neue Mitglieder gewählt die Herren Doctoren: JUL. WEISS, JAMES EISENBERG, J. KAUDERS, J. THENEN, Stabsarzt PASSAU, PODZAHRADSKY, AD. BLOCH, K. KNÖPFELMACHER, PH. SPIELMANN, LEOP. LÖFFLER, S. SCHICK, M. KÄSTENBACH, GOLDFINGER, A. CZECH, TH. ZERNER jun., J. BRAUN.

---

## Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 7. Januar 1893.

**E. SCHWIMMER** stellt einen Fall von abnorm dehnbarer Haut vor. Bei dem 20jährigen jungen Manne handelt es sich wahrscheinlich um einen angeborenen Zustand, der jedoch nicht vererbt wurde. In der Kindheit machte er Masern durch, sonst war er stets gesund. Die histologische Untersuchung eines ausgeschnittenen Hautstückes ergab nichts Abnormes an der Epidermis, Rete Malpighii und den Papillen; nur unter den Papillen findet sich eine homogene, gallertige Schicht.

**E. NAVRATIL: Heilungen von Trigeminusneuralgien durch Neurektomie.**

Die Erfahrung hat gelehrt, daß die Neurektomien um so erfolgreicher sind, je centraler sie ausgeführt werden und je länger das excidirte Nervenstück ist. Aus diesem Grunde verließ man die Excision des N. infraorbitalis am Boden der Augenhöhle, weil sie eben nicht genügend central ist, außerdem aber der Bulbus durch mechanische Verletzung leicht gefährdet werden kann. Das Bestreben der Chirurgen, die Excision an der Basis Cranii vorzunehmen, war aber um so gerechtfertigter, als die Neuralgie sich häufig auf alle Zweige des 2. Astes erstreckt, insbesondere auf den N. zygomaticus und alveolaris superior. PITHA und BILLROTH trachteten zum Foramen rotundum an der Schädelbasis durch den Oberkiefer hindurch zu gelangen, was aber eine beträchtliche Gesichtsentstellung zur Folge hat. Viel günstigere Resultate ergibt die BRAUN-LOSSEN'sche Methode, welche eine Modification der LÜCKE'schen Operation ist. Hiebei wird mittelst temporärer Resection des Os zygomaticum die Fossa temporalis, beziehungsweise die Fissura infraorbitalis bloßgelegt.

Vortr. führte in 2 Fällen die BRAUN-LOSSEN'sche Operation mit einigen Modificationen aus.

Der erste Fall betraf eine 62jährige Frau, die seit 1884 an Trigeminusneuralgie litt, welche sowohl den Ramus supramaxillaris und, wie sich nach der Operation herausstellte, auch den N. mandibularis betraf. Nach der Operation im November 1890 am Foramen rotundum hörten wohl die Schmerzen im Bereiche des 2. Astes sofort vollständig auf, bestanden aber weiter im Gebiete des N. mandibularis. Erst nach Exstirpation dieses Nerven nach der SCHUH-WARREN'schen Methode, und zwar jenseits der Lingula, hörten die Schmerzen gänzlich auf.

Der zweite Fall betraf eine 63jährige Frau, welche seit 1878 an der Neuralgie gelitten hatte. Die im März v. J. ausgeführte BRAUN-LOSSEN'sche Operation erzielte sofort ein vollständiges Resultat, welches noch heute besteht.

Das vom Vortr. geübte Verfahren besteht in Folgendem: Nach Resection des Os zygomaticum wird aus der Fossa temporalis inferior das Fettgewebe vorsichtig entfernt, um das reichliche Venengeflecht nicht zu verletzen. Unter möglichstem Abdrängen der Weichtheile dringt er in die Fissura orbitalis inferior und sucht zwischen der temporalen und supramaxillaren Oberfläche des großen Keilbeinflügels die Crista spinosa auf, an deren Ende das Tuberculum spinosum zu fühlen ist. Hart daneben liegt der Nerv, begleitet von seiner Arterie und Vene. Nach sorgfältiger Sonderung des Nerven von den begleitenden Gefäßen mittelst eines langgestielten Häkchens wird derselbe möglichst central in eine Pince hémostatique gefaßt, ziemlich stark vom Centrum abgezogen und knapp an der Basis durchschnitten. Aehnlich wird ein Zug am peripheren Stumpfe ausgeübt, wodurch ein 1·5 Cm. langes Stück excidirt werden kann. Nach Ausfüllung der Wundhöhle mit Jodoform- oder Sublimatgaze werden die resecirten Enden des Jochbeines, dann die Weichtheile vereinigt und das Gazeende zum unteren Wundwinkel herausgeführt. 10 Tage wird die Gaze in der Wunde belassen, dann werden jeden zweiten Tag immer kleinere Streifen eingeführt.

E. HERCZEL macht auf das von THIERSCH in Leipzig construirte nützliche Instrument aufmerksam, welches eine lange, schmale Pincette darstellt, deren Spitzen gekerbt sind; der Nerv wird zwischen deren Branchen gefaßt, herumgewickelt und hervorgezogen, wodurch ein 3—4 Cm. langes Stück excidirt werden kann. Redner hat damit zwei Neurektomien ausgeführt.

J. DOLLINGER hat im Jahre 1890 bei einem 26jährigen Manne wegen Neuralgie des N. supraorbitalis innerhalb der Orbita ein 2—$2^1/_2$ Cm. langes Stück der Nerven excidirt. Nach der Operation hörten wohl die Schmerzen an der Stirn auf, aber es bestanden noch welche an der linken Seite der Nase, am inneren Augenwinkel und an der Innenfläche der Orbita, die vom Pat. früher, als noch die heftigeren Schmerzen in der Stirngegend bestanden hatten, nicht wahrgenommen wurden. In einer zweiten Operation wurden dann nach Lospräparirung des Oberlides vom inneren Augenwinkel der N. supratrochlearis, infratrochlearis und ethmoidalis isolirt und von jedem ein 1—2 Cm. langes Stück excidirt. Der Effect ist seither ein bleibender. n.

---

## Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

### Académie des sciences.

Sitzung vom 9. Januar 1893.

**Chloralose, ein neues Hypnoticum.**

HANRIOT und RICHET haben durch die Combination von Chloral mit Glycose einen Körper erzeugt, Anhydroglyco-Chloral oder Chloralose, der in kaltem Wasser schwer, in warmem und in Alkohol leicht löslich ist und zwei physiologische Eigenschaften besitzt, die scheinbar in Widerspruch zu einander stehen. Er wirkt hypnotisch und erhöht die Erregbarkeit des Rückenmarks. Die hypnotische Wirkung ist größer als die des Chlorals. Sie tritt schon ein bei Dosen von 0·02 pro Kilogramm Körpergewicht, andererseits konnten Hunden Dosen von 0·60 pro Kilogramm Körpergewicht verabreicht werden, ohne eine andere Wirkung als Anästhesie hervorzurufen. HANRIOT und RICHET haben selbst die von ihnen dargestellte Substanz in steigenden Dosen von 0·05—0·75 genommen und gefunden, daß der Körper keine toxischen Eigenschaften besitzt, und daß er schon in Dosen von 0·30 bedeutende hypnotische Wirkung äußert. LANDOUZY und MOUTARD-MARTIN haben die Chloralose bei hartnäckiger Schlaflosigkeit in mehreren Fällen ihrer Abtheilung in Dosen bis 0·80 ohne jeden Nachtheil gegeben. Mit Dosen von 0·50 erzeugt man einen tiefen, ruhigen, mehrstündigen Schlaf, selbst bei Individuen, bei denen andere Hypnotica unwirksam geblieben sind. Auch analgetisch wirkt die Chloralose, doch sind die diesbezüglichen Beobachtungen noch zu gering an Zahl.

### Société médicale des hôpitaux.

Sitzung vom 30. December 1892.

**Behandlung der Tuberculose mit interstitiellen Chlorzink-Injectionen.**

COMBY hat mittelst der sclerogenen Methode LANNELONGUE's 3 Fälle von Lungentuberculose behandelt, bei denen der Proceß auf die Spitze localisirt war. Im Ganzen wurden bei allen 3 Fällen

13 Injectionen einer Chlorzinklösung 1 : 50—1 : 20 gemacht. Die intrapulmonäre Injection wurde sehr gut vertragen. Injicirt man nicht mehr als 3 Tropfen auf einmal, so ist die Procedur nicht schmerzhaft. Die Injectionen können ohne Schaden 1—2mal wöchentlich wiederholt werden. Concentrirtere Lösungen (1 : 10) sind nur für die Fälle von chirurgischer Tuberculose angezeigt. Ein abschließendes Urtheil über den therapeutischen Werth der Methode ist jetzt noch nicht möglich, doch scheinen die Resultate günstige zu sein. In Fällen, in welchen die Tuberculose auf eine Lunge oder eine Lungenspitze localisirt ist und wo die Zerstörung noch keine beträchtliche Ausdehnung nach der Tiefe erreicht hat, ist die Methode angezeigt, und zwar um so mehr, je besser der Allgemeinzustand ist.

### Complication des Abdominaltyphus durch infectiöse Nephritis.

CHANTEMESSE und VIDAL machen auf eine Complication des Abdominaltyphus aufmerksam, die in einer infectiösen Nephritis besteht, welche durch den Bacillus coli communis erzeugt wird. Ein solcher Fall betrifft eine 42jährige, kräftige Frau, die in der Reconvalescenz nach einem Abdominaltyphus plötzlich von einer eiterigen Nephritis und Perinephritis befallen wurde und dieser auch erlag. Die Erscheinungen (Tumor in der Nierengegend, urämische Symptome) beweisen, daß der Tod nicht der einfachen Typhusinfection zugeschrieben werden kann. Der eiweiß- und eiterhaltige Urin enthielt den Bacillus coli communis in Reincultur.

In solchen Fällen ist die genaue Unterscheidung zwischen dem Typhusbacillus und dem Bacillus coli nothwendig. Zu diesem Behufe führt CHANTEMESSE nebst den in den Lehrbüchern angegebenen Zeichen noch folgende zwei an: 1. kann der Typhusbacillus in einem Nährboden, auf welchem diese Bacillen schon gelebt haben, nicht wachsen; 2. vermag der Typhusbacillus Milchzucker nicht zur Gährung zu bringen. Schließlich ist zu bemerken, daß die Typhusbacillen 12—16 Geißeln tragen, während der Bacillus coli deren nur 4—8 besitzt. K.

## Notizen.

Wien, 21. Januar 1893.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 14. Januar d. J. schritt der Oberste Sanitätsrath zur Berathung über die Entwürfe von Bauordnungen für Mähren und für die Städte Innsbruck und Trient vom sanitären bauhygienischen Standpunkte. Diesen Berathungen lag ein Referat des zum Studium dieser Angelegenheit eingesetzten Subcomités, sowie eine in Druck gelegte, durch Abbildungen erläuterte Darstellung sämmtlicher in Bezug auf Bauhygiene in Betracht kommenden Gesichtspunkte zu Grunde, welche von dem a.-o. Mitgliede des Obersten Sanitätsrathes, Architekten Hofrath Professor FRANZ Ritter v. GRUBER, unter Mitwirkung des Professors der Hygiene an der Wiener Universität, Obersanitätsrath Dr. MAX GRUBER verfaßt wurde und veröffentlicht werden wird. Der Oberste Sanitätsrath stimmte den in dieser Arbeit zur Richtschnur genommenen bauhygienischen Grundsätzen bei und unterzog mit Rücksicht auf dieselben die erwähnten Bauordnungs-Entwürfe einer eingehenden Beurtheilung. Anschließend an diesen Verhandlungsgegenstand gelangte auch ein Initiativantrag des Hofrathes v. GRUBER zur Beschlußfassung, welcher die Regelung nachstehender Angelegenheiten anregt: Schaffung von gesetzlichen Bestimmungen über das Expropriationsverfahren behufs einer den bauhygienischen Erfordernissen entsprechenden Anlage von Straßen, Plätzen, öffentlichen Gebäuden, Gärten u. s. w., sowie behufs Durchführung von aus sanitären und Verkehrsrücksichten erforderlichen Regelungen bestehender Ortstheile, Vorschriften über die Art und Weise der Verfassung und Instruirung der auch in hygienischer Beziehung wichtigen Stadtregulirungs-, beziehungsweise Baulinienpläne (Lagepläne), Revision und Ergänzung des Regulativs für Ausführung von Gasleitungen und Beleuchtungsanlagen; Erlassung von Vorschriften für die Ausführung und den Betrieb von elektrischen Beleuchtungs- und Kraftübertragungsanlagen, sowie für Herstellung und Instandhaltung von Blitzableitern und über die Befugniß zur Ausführung solcher Anlagen; Aufstellung von gesetzlichen Bestimmungen oder Verordnungen hinsichtlich der Anlage von Theatern und denselben verwandten Gebäuden, von öffentlichen Versammlungsorten, endlich strenge Regelung des Rohrlegergewerbes und die besondere Pflege des Unterrichtes in demselben an den Bau- und Maschinen-Gewerbeschulen.

(Die Wasserversorgung Wiens.) Die mehrwöchentliche Wasserdebatte im Gemeinderathe der Stadt Wien hat mit der Niederlage der Anhänger der Donau-Nutzwasserleitung geendet. Wohl wurde der Beschluß gefaßt, dem Stadtbauamte einen Credit für Erhebungen bezüglich der Grundwasserstände, der Menge und Güte des Donaugrundwassers zur Verfügung zu stellen und dieses Amt beauftragt, ein Detailproject für die Nutzwasserleitung auszuarbeiten, doch kommt dieser Beschluß, nachdem ein Antrag auf Erwerbung der für die Nutzwasserleitung erforderlichen Grundstücke und Erwirkung des behördlichen Consenses für diese Leitung nicht die erforderliche Stimmenzahl fand, einer Vertagung der Nutzwasserleitung ad graecas calendas gleich. Die Gutachten des Obersten Sanitätsrathes wie der „Gesellschaft der Aerzte" scheinen daher bei der Majorität unserer Stadtväter jene Berücksichtigung gefunden zu haben, welche die auf streng wissenschaftlicher Basis gefaßten Beschlüsse dieser Körperschaften wohl in Anspruch nehmen durften. Der Gemeinderath hat die Erweiterung des Hochquellengebietes durch Einbeziehung der Mürzquellen, eventuell neuer Quellen aus dem Gebiete des Sonnwendstein, des Semmering- und des Ottergebietes, sowie den Bau einer zweiten Leitung aus einem anderen Quellgebiete beschlossen und den Bürgermeister beauftragt, mit der Unternehmung der Wr.-Neustädter Tiefquellenleitung in Unterhandlung zu treten. Gleichzeitig wurde der Beschluß gefaßt, das Project der Wienthalleitung einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Durch diese Beschlüsse ist wohl die derzeitige Wassercalamität, die sich gerade in diesem ungewöhnlich strengen Winter wieder empfindlich geltend macht, nicht behoben, doch ist der erste Schritt zu ihrer Sanirung geschehen, und — was nicht minder beachtenswerth erscheint — das bürgermeisterliche Project der Donaunutzwasserleitung wohl endgiltig abgethan worden.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) In der dieswöchentlichen wissenschaftlichen Versammlung brachte Dr. ERNST FREUND seinen Vortrag: „Ueber die Verwerthung der medicinischen Chemie am Krankenbette" zum Abschluß. Wir werden über diesen Vortrag demnächst referiren. Vorher berichtete Docent Dr. EISENSCHITZ über ein neues Verfahren, den schlechten Geschmack des Leberthrans zu corrigiren. Er demonstrirte mehrere Präparate, welche nach folgenden Recepten hergestellt sind: Ol. jecor. as. 100, Saccharini 0·4, Aether. acet. 2·0; oder statt des letzteren Ol. menth. piperit. gtts. II, oder Ol. cinnamom. gtts. $1^1/_2$, oder Aether. fragorum 2·0. Wir haben uns einer Kostprobe dieser Präparate unterzogen und können bezeugen, daß dieselben zwar auch kein Nektar sind, immerhin aber dem Geschmacke der Kinder eher zusagen dürften, als der reine Leberthran.

(Sanitätshilfsdienst bei den Fußtruppen.) Das letzte Militär-Verordnungsblatt publicirt eine Circularverordnung des Reichskriegsministeriums, nach welcher von nun an bei jeder Compagnie der Infanterie- und Jägertruppe alljährlich 2 Mann und von jedem Bataillon ein Unterofficier im Sanitätshilfsdienste auszubilden sind. Die praktische Schulung der Infanteristen (Jäger) im Krankenwartdienste hat erst nach Ablauf des ersten Präsenzjahres stattzufinden.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Aus Anlaß der gegenwärtig in Ungarn grassirenden Diphtheritisepidemie hat ein hiesiges, trefflich redigirtes politisches Blatt „Magyar hirlap" aus eigener Initiative Fragebogen an die 52 Comitatsphysici des Landes versendet. Ungefähr von der Hälfte derselben trafen bereits die Antworten ein, welche ein geradezu trostloses Bild der sanitären Zustände unter der überwiegenden Masse der ländlichen Bevölkerung Ungarns entwerfen. Besonders ergreifend ist der Bericht des Oberphysicus des Bekeser Comitates, dieser „Kornkammer Ungarns". Derselbe beginnt mit den Worten, welche an der Spitze jedes Lehrbuches über Hygiene stehen und ganz besonders jede sanitäre

Körperschaft vor Augen haben sollte: „Wie jede epidemische Krankheit ist auch die Diphtherie, wenn nicht ausschließlich, so doch vorwiegend die Krankheit der armen Classe. Mit dem Worte „Armuth“ ist Alles gesagt.“ Einstimmig geht das Verdict dieser Männer der Erfahrung dahin, daß bei den herrschenden Wohn- und Ernährungsverhältnissen nur in jeder Gemeinde zu errichtende Epidemiespitäler, wohin die kranken Kinder überführt werden müssen, der großen Kindersterblichkeit halbwegs Einhalt thun könnten. Dazu ist noch weiters die Verstaatlichung der Kreisärzte unumgänglich nothwendig, welche alle schlecht bezahlt sind, ein großer Theil der Stellen aber wegen Armuth der Bevölkerung überhaupt nicht besetzt werden kann. Der neuernannte Minister des Inneren HIERONYMI zögerte nicht, vor dem Parlamente bei der wenige Tage darauf erfolgenden Verhandlung des Budgets diesen traurigen Stand der Dinge anzuerkennen, und theilte mit, daß er im Einvernehmen mit dem Landessanitätsrathe sofort daran gehen will, in einigen Districten Maßnahmen gegen die Epidemie zu ergreifen, welche in vollem Umfange den Anforderungen der heutigen Wissenschaft entsprechen. Wenn sich dieselben bewähren, will er die hier gesammelten Erfahrungen dem ganzen Lande zu Gute kommen lassen. Auch anerkennt der Minister die gänzliche Unzulänglichkeit der heutigen Bezahlung und Organisirung der Kreisarztesstellen, welche jedoch, seiner Meinung nach, nur mit der der Erledigung harrenden Verstaatlichung der Administration sanirt werden kann. Wir müssen dem Minister es nachsagen, daß noch keiner seiner Vorgänger ein so vernichtendes Urtheil über unsere Sanitätsverhältnisse öffentlich ausgesprochen und noch Keiner so ernsten Willen gezeigt, hier sofort Wandel zu schaffen. Möge er auf diesem schwierigen Weg, den er betreten, muthig weiter schreiten; die bleibende Anerkennung seiner Verdienste um die große Sache der Volksgesundheit wird ihm gewiß sein, was immer sein Schicksal als Minister auf der parlamentarischen Laufbahn sein möge.

(Zum panamerikanischen medicinischen Congreß), welcher in der Zeit vom 5.—8. September d. J. in Washington abgehalten wird, wurden auch hervorragende österreichische und deutsche Aerzte eingeladen. Einer der Letzteren, Prof. CZERNY in Heidelberg, begründet die Ablehnung dieser Einladung in einem an den Präsidenten der „Am. Surgical Association“, CLAUDIUS H. MASTIN, gerichteten, in der „Deutschen Med. Wochenschrift“ veröffentlichten offenen Schreiben mit der Sprachenfrage. Nach dem Programme sollen die officiellen Sprachen des Congresses die spanische, französische, portugiesische und englische sein, die deutsche Sprache erscheint daher ausgeschlossen, weil dieselbe nirgends in Amerika Staatssprache ist. CZERNY ist nun mit Recht der Ansicht, daß die Aerzte Deutschlands (und Oesterreichs) sich an den Arbeiten des panamerikanischen Congresses nicht werden betheiligen können, wenn ihnen die Abhaltung der Vorträge in deutscher Sprache verwehrt wird. Mit Hinweis auf die Leistungen medicinischer Wissenschaft deutscher Zunge, auf die große Zahl amerikanischer Aerzte, welche ihre beste Ausbildung an deutschen Schulen erhalten haben, und auf die zahlreichen deutschen Aerzte, welche in Amerika erfolgreich thätig sind, plaidirt der berühmte Heidelberger Chirurg für die Aufnahme einer Bestimmung, welche deutschen Aerzten den Besuch des Congresses ermöglicht. — Die Rivalität des panamerikanischen mit dem vom 24. September bis 1. October d. J. in Rom stattfindenden internationalen medicinischen Congresse fürchtet CZERNY nicht, erklärt es aber für wünschenswerth, den Termin des letzteren um einige Tage zu verschieben, damit es den Mitgliedern des panamerikanischen Congresses, welche hiezu geneigt sind, möglich werde, die Reise von Washington nach Rom direct und gemeinsam zu unternehmen, „um die Grüße der emporstrebenden Capitale des zukunftsreichen Westen der alten Metropole europäischer Cultur zu überbringen“.

(Ueber die Hygiene der Barbierstuben) hielt Herr BLASCHKO in der letzten Sitzung der Berliner dermatologischen Vereinigung einen Vortrag. B. hält es für unzweifelhaft, daß eine ganze Anzahl ansteckender Hautkrankheiten durch die Barbierstuben verbreitet werde. Zu diesen gehören Herpes tonsurans, Impetigo contagiosa, Erytheme der Kopfhaut, Alopecia areata und Acne varioliformis. Für die Uebertragbarkeit der letztgenannten Krankheit führt er ein Beispiel an. Eine Frau, deren Mann seit Jahren an Acne varioliformis litt, erkrankte im dritten Jahre ihrer Ehe an derselben Affection. Bis dahin waren von beiden verschiedene Kämme und Bürsten benutzt worden. Möglicherweise sind auch einzelne Eczemarten und nach neueren Autoren auch die Trichorrhexis nodosa parasitären Ursprungs. Daß die Syphilis wiederholt durch Barbier- und Frisirinstrumente übertragen ist, ist zweifellos erwiesen. Wahrscheinlich ist auch die Entstehung der Hauttuberculose in manchen Fällen so zu erklären. Schließlich ist noch in Cholerazeiten auf die Gefahren der feuchten, von vielen Kunden der Barbierstube nach einander benutzten Servietten hinzuweisen. Prophylactische Maßregeln sind schon von KÖBNER und SAALFELD empfohlen worden. Ihre Durchführung scheitert an dem Kostenpunkt und der Indifferenz der betheiligten Kreise. B. schlägt vor, für jeden Kunden einen besonderen Rasirpinsel einzuführen, das Messer nach jedesmaligem Gebrauch in kochendem Wasser zu reinigen, die leinene Serviette durch eine solche aus chinesischem Papier zu ersetzen, die sofort vernichtet werden kann. Anstatt der Puderquaste ist ein Stück Verbandwatte zu nehmen. Die von Seiten des Barbiers oder seiner Gehilfen drohenden Ansteckungsgefahren sind dadurch zu beseitigen, daß alle an ansteckenden Krankheiten leidenden Personen von Seiten ihrer Cassenärzte Krankenhäusern überwiesen werden. Die Barbiere selbst müssen die Haupttypen der in Frage kommenden Krankheiten kennen lernen, um für erkrankte Kunden besondere Instrumente anwenden zu können. Die Durchführung der Maßregeln ist von der Polizei anzuordnen, ihre Ausführung von besonderen Gesundheitsaufsehern zu überwachen.

(Statistik.) Vom 8. bis inclusive 14. Januar 1893 wurden in den Civilspitälern Wiens 6177 Personen behandelt. Hievon wurden 1105 entlassen; 145 sind gestorben (11·6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 73, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltypus 2, Dysenterie —. Blattern 3, Varicellen 89, Scharlach 46, Masern 477, Keuchhusten 27, Wundrothlauf 29, Wochenbettfieber 5. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 628 Personen gestorben (+ 8 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien die praktischen Aerzte Dr. JOSEF LEHOFER, im 79. Lebensjahre, und Dr. IGNAZ MOLNAR, 36 Jahre alt. — In Paris der Chirurg Dr. HORTELOUP und Dr. DESNOS, Präsident der „Société médicale des hôpitaux“; in Kopenhagen der Redacteur der „Ugeskrift for läger“ (Aerztliche Wochenschrift) Dr. WILHELM BUDDE, 53 Jahre alt.

---

## Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

**Wissenschaftliche Versammlung**

**Montag den 23. Januar 1893, Abends 7 Uhr**

im Saale der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Programm:

**Prof. L. Mauthner:** Augenerkrankungen bei Diabetes.

---

## Wiener Medicinischer Club.

**Sitzung**

**Mittwoch den 25. Januar 1893, Abends 7 Uhr**

im kleinen physiologischen Hörsaale (Gewehrfabrik).

Programm:

1. **Dr. August Hock:** Ueber Prodromalerscheinungen des acuten Gelenksrheumatismus.
2. **Prof. Dr. R. v. Mosetig-Moorhof:** Zur Therapie mykotischer Erkrankungen.

---



Verantwortlicher Redacteur: Dr. M. T. Schnirer.

Mit dieser Nummer versenden wir den **medicinischen Verlagsbericht 1892** von **Ferdinand Enke** in **Stuttgart**, welchen wir der geneigten Beachtung unserer Leser bestens empfehlen.

Nr. 5. Sonntag den 29. Januar 1893. XXXIV. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

# Wiener Medizinische Presse.

**Organ für praktische Aerzte.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.



## Originalien und klinische Vorlesungen.

# Zur Compensation.

Von **Prof. R. v. Basch** in Wien.*)

Es ist nicht das erste Mal, daß ich dieses Thema behandle: ich habe dasselbe ausführlich in meinem Buche über „Allgemeine Pathologie und Physiologie des Kreislaufes“ besprochen; ich habe auch meine diesbezüglichen Ansichten in dem „Diagnostischen Lexikon“ auseinandergesetzt und diese Auseinandersetzungen auch mit einem Nachtrage versehen, der zugleich mit diesem Artikel in der „Wiener Med. Presse“[1]) veröffentlicht wurde. Es ist aber das erste Mal, daß ich im mündlichen Vortrage diesen Gegenstand einer Besprechung unterziehe, mit der ausgesprochenen Absicht, den Streit der Meinungen hervorzurufen und so die Sachlage zu klären.

Die Ausdrücke „Compensation“ und „Compensationsstörungen“ haben in den letzten 40 Jahren nicht nur Eingang in die medicinische Terminologie genommen, sondern es hat sich auch das Laienpublicum dieselben zu eigen gemacht; denn der Laie spricht heute von einem compensirten und nicht compensirten Herzfehler, wie er von einem Fettherzen oder von Neurasthenie spricht. Dieser letztere Umstand muß insoferne zum Nachdenken anregen, als ja bekanntlich auf Laien nichts mächtiger wirkt, als ein Schlagwort, das man ohne tieferes Nachsinnen sich eigen macht in dem Glauben, dadurch den wahren Sinn eines Vorganges zu erfassen. Meiner Meinung nach ist in der That der Ausdruck „Compensation und Compensationsstörung“ nichts als ein Schlagwort; denn wenn Sie einen Laien fragen, was ist Compensation, so wird er Ihnen dasselbe antworten, wie der Arzt: „Ein compensirter Herzfehler ist derjenige, der dem Patienten keine Beschwerden macht.“

Der Unterschied zwischen der Antwort des Laien und des Arztes besteht nur darin, daß der Arzt Ihnen über Vorstellungen berichtet, die er sich macht, um die Unschädlichkeit des Herzfehlers zu erklären. Indem ich mich nun gegen diese Erklärung wende, bin ich mir wohl bewußt, daß meine Ansichten nicht sofort acceptirt werden; denn es ist viel leichter, einen neuen Satz, der auf neu gefundene Thatsachen sich stützt, in die Wissenschaft einzuführen, als einen alten Satz, der auf alte Thatsachen gestützt erscheint, auszurotten.

Die Betrachtungsweise, welche der Lehre von der Compensation zu Grunde liegt, stützt sich erstens auf die klinische Beobachtung, zweitens auf den pathologisch-anatomischen Befund. Die Vermittlung zwischen diesen beiden Stützpunkten bilden bisher Vorstellungen über Compensationsvorgänge, deren Natur sich Jeder in seiner Weise zurechtlegt; über die wirkliche Vermittlung aber kann, wie ich glaube, nur ein genaues Verständniß der wirklichen Vorgänge Aufschluß geben, die stattfinden, wenn Herzfehler keine oder wenn sie Symptome machen. Ein solches Verständniß kann aber nur auf dem Wege des Experimentes, und zwar sowohl des klinischen, als des Thierexperimentes erzielt werden.

Jede tiefere klinische Betrachtung muß also auf diesen 3 Stützpunkten ruhen, sonst sinkt sie zur klinischen Causerie herab. Ich halte eine klinische Betrachtungsweise, die ihre Lücken eingesteht und das Nichtwissen declarirt, für viel richtiger und wichtiger und jedenfalls ehrlicher, als eine solche, die diese Lücken mit Speculation ausfüllt und dadurch den Schein erweckt, als ob dieselben nicht vorhanden wären.

Ein tieferes Eingehen in die Vorgänge des Kreislaufes lehrt uns, daß es sich wesentlich um eine rein mechanische Function handelt, das Verständniß derselben wird nur dadurch schwierig, daß hiebei auch zugleich rein biologische Functionen mit in die Erscheinung treten. Den Unterschied zwischen diesen beiden Functionen, den rein mechanischen sowohl als den biologischen, müssen wir uns stets vor Augen halten.

Wenn wir beispielsweise im Thierexperimente einen Splanchnicus reizen, so ist das ein biologischer Eingriff, beruhend auf der Aenderung einer biologischen Function. Das Steigen des Blutdruckes ist aber eine rein mechanische Function; denn wir können dasselbe durch eine entsprechende Versuchsanordnung, durch ein Modell, das ganz und gar aus anor-

*) Vortrag, gehalten im „Wiener medicinischen Club“ am 14. December 1892.

[1]) „Wiener Med. Presse“, 1892, Nr. 17 u. 18.

ganischen Stoffen besteht, gleichfalls nachahmen. Das Biologische im Thierexperiment liegt in der Art und Weise, wie die Lumina der Gefäßröhren enger werden, liegt in der Beschaffenheit der Pumpe, die die Flüssigkeit in dem geschlossenen Röhrensystem zum Kreisen bringt, d. i. im Herzen.

Das Herz ist, wie Versuche lehren, die Herr Dr. KAUDERS in meinem Laboratorium angestellt, kein so idealer Apparat, als man sich gewöhnlich vorstellt, denn es wirft, wenn es bemüssigt ist, seinen Inhalt unter hohem Druck auszuwerfen, denselben nicht immer vollständig aus, d. h. es contrahirt sich nicht immer vollständig, sondern es wird insufficient.

Das hat schon WALLER gezeigt, der unter CARL LUDWIG's Leitung nachwies, daß der linke Ventrikel insufficient wird, wenn man die Spannung, unter der das Herz seinen Inhalt auswirft, durch Reizung des Halsmarks, d. i. durch Verengerung sämmtlicher Körperarterien, beträchtlich steigert. Diese Insufficienz charakterisirt sich durch die pralle Füllung des linken Vorhofes aus, indem jene Blutmengen sich anstauen, die der linke Ventrikel nicht zu verpumpen vermag. Die Versuche KAUDER's lehren nun weiter, daß schon eine geringere Spannung das Herz insufficient macht, denn schon bei der Compression der Bauchaorta, schon nach Reizung der Nn. splanchnici wird das Herz insufficient, d. h. es steigt mit dem Druck in der Aorta auch der Druck im linken Vorhofe.

Diese Insufficienz des Herzmuskels zeigt, daß die Herzmusculatur leicht ihre vollständige Elasticität verliert, daß die Contraction derselben nicht immer eine maximale bleibt. Der Herzmuskel ist nach dieser Richtung einem elastischen Sacke vergleichbar, der ebenfalls bei höherer Spannung die Elasticitätsgrenze überschreitet.

Doch sehen wir anderseits, daß das Herz dennoch über Einrichtungen biologischer Natur gebietet, die dasselbe seiner organischen Substanz verdankt, über Einrichtungen, die bewirken, daß es unter Umständen, trotzdem die Spannung seines Inhaltes wächst, doch nicht insufficient wird. Wenn man nämlich die Steigerung des Aortendrucks auf reflectorischem Wege, d. i. durch Ischiadicusreizung, veranlaßt, dann bleibt das Herz vollständig sufficient, denn der Druck im linken Vorhof steigt nicht, er sinkt sogar, trotzdem die mechanischen Bedingungen, welche die Widerstände gegen das Abfließen des Blutes in die Aorta erhöhten und den intracardialen Druck steigerten, ganz dieselben blieben wie in den Fällen, wo, wie im WALLER'schen Versuche, das Rückenmark, oder wo die Splanchnici gereizt wurden, oder die Bauchaorta comprimirt wurde.

Wir haben diese Eigenschaft des Herzens, unter höherem Druck seine volle Contractionsfähigkeit zu bewahren, als Accommodationsfähigkeit des Herzens bezeichnet. Hiebei möchte ich erwähnen, daß ich die Bezeichnung Reservekraft, die in letzter Zeit zu einer beliebten geworden ist, deshalb nicht wählte, weil dieser Bezeichnung ein teleologischer Sinn anhaftet.

Wenn ich von Accommodationsfähigkeit spreche, so liegt diesem Ausdrucke ein bestimmter Vorgang zu Grunde, an den ich bezüglich seiner Ursache und Wirkung bestimmte Vorstellungen anknüpfen kann. Ich kann mir vorstellen, daß in Folge von reflectorischer Reizung bestimmte nervöse Apparate im Herzen derart beeinflußt werden, daß eine Aenderung des Molecularzustandes entsteht, deren Folge eine vollkommenere Elasticität des Herzens ist. Der Ausdruck Reservekraft besagt uns im Allgemeinen nur, daß in der Herzmusculatur gewissermaßen dem Willen ähnliche Motive liegen, die das Herz zur besseren Arbeit dann anregen, wenn es dieselbe nöthig hat. Bei der Bezeichnung Reservekraft gibt es nur eine allgemeine Ursache für die erhöhte Arbeit des Herzens, nämlich das Bedürfniß nach einer solchen, und noch dazu nicht ein wirklich erwiesenes Bedürfniß, sondern eines, das eigentlich aus unserem eigenen Wunsche entspringt.

Die Accommodationsfähigkeit ist eine biologische Eigenschaft, die unter Umständen bei stärkerer Spannung des Herzinhaltes in Action treten kann; ob sie bei Herzfehlern in Action tritt, ist eine zweite Frage, die bisher noch nicht gelöst ist. Denn die Steigerung des Aortendruckes, die ROSENBACH bei seinen Versuchen über Aorteninsufficienz beobachtete, hat, was ich hier nicht ausführen will, nichts mit der Accommodationsfähigkeit zu schaffen. Sie erfolgt, wie ich aus bisher noch nicht veröffentlichen Versuchen weiß, die Herr Dr. KORNFELD in meinem Laboratorium anstellte, nicht unter Sinken des Druckes im linken Vorhofe, also unter besserer Herzarbeit, sondern unter Steigen dieses Druckes also unter schlechterer, d. i. insufficienter Herzarbeit.

Es gibt nun eine zweite biologische Eigenschaft des Herzens, die ebenfalls mit der Steigerung der Herzarbeit in Zusammenhang steht, d. i. die Fähigkeit des Herzens, bei erhöhter Spannung seines Inhaltes zu hypertrophiren.

Welche Rolle spielen nun diese beiden biologischen Eigenschaften des Herzens, die Accommodation und die Hypertrophie?

Wir wollen die diesbezüglichen Betrachtungen nur für einen Herzfehler anstellen, für die Mitralinsufficienz.

Die Regurgitation bedeutet hier einen verminderten Nutzeffect der Arbeit des linken Ventrikels, die Folge hievon ist verminderte Entleerung seines Reservoirs, d. i. des linken Vorhofes und eine Drucksteigerung in demselben. Wenn diese Drucksteigerung nur geringfügig ist, wie bei kleinen Klappenfehlern und bei übrigens gesundem Myocardium, dann sind die Folgezustände derselben so gering, daß sie sich durch klinische Symptome kaum merklich machen. Man wird hier wohl starke Geräusche hören, aber der rechte Ventrikel wird weder ausgedehnt, noch hypertrophirt sein, denn hiezu ist kein Anlaß vorhanden. Wenn die Regurgitation der Blutmengen, sei es in welcher Weise immer, größer wird, dann wird die Füllung des linken Vorhofes auf Kosten der Füllung des linken Ventrikels eine noch größere, und wenn sie sehr groß ist, dann steigt nicht blos der Druck im linken Vorhofe, sondern auch schon in der Pulmonalarterie, und das zwischen der Pulmonalarterie liegende Gefäßgebiet der Lungen wird überfüllt.

Da muß es zu einer Hypertrophie des rechten Ventrikels und auch zu einer Hypertrophie des linken Vorhofes kommen. Dort, wo die Folgezustände bedeutend sind, da muß der Herzfehler unter dem markanten Symptome der Dyspnoe auftreten.

In dem ersten Falle spricht man nun von Compensation, hier aber existirt sie thatsächlich nicht, im letzteren Falle spricht man von Compensationsstörung, wie auch die compensirende Hypertrophie des rechten Ventrikels eine sehr große ist. Hiezwischen liegt eine Unzahl von Abstufungen, die man bald zur Compensation, bald zur Compensationsstörung zählt, und wenn die Verlegenheit groß ist, spricht man von einer unvollkommenen Compensation.

In dieser Unsicherheit allein muß man schon die Schwäche dieser Lehre erkennen, und diese Unsicherheit gibt sich auch in der Auffassungsweise kund, die von verschiedenen Autoren verschieden gelehrt wird.

Am meisten bekannt ist die Auffassungsweise TRAUBE's; diese lehrt, daß die Hypertrophie des rechten Ventrikels den Blutstrom beschleunige. Sie geht schon von der falschen Vorstellung aus, daß der Druck in die Venen bei der Mitralinsufficienz wie bei allen Herzfehlern erhöht sei, und vergißt, daß dem hypertrophischen rechten Ventrikel die Blutmenge fehle, durch die er den Blutstrom beschleunigen könne; sie vergißt ferner — und das ist das Wichtigste — daß diese Beschleunigung nur schädlich wirken könnte, denn die Blutüberfüllung in der Lunge, die ja ohnehin schon durch den erschwerten Abfluß vermehrt ist, müßte auf diese Weise durch vermehrten Blutzufluß noch erhöht werden. Glücklicherweise

denkt die Natur nicht so wie die Anhänger der Compensationshypertrophie, sie macht keinen Gebrauch von der vermehrten Arbeit der Hypertrophie, sie läßt das Gute gut sein und macht das Schlechte nicht schlechter.

---

# Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene.

Von **Dr. Josef Breuer** und **Dr. Sigm. Freud** in Wien.

(Schluß.)

Mit diesen Beispielen, welche ich aus einer Reihe von Beobachtungen herausgegriffen habe, wäre der Beweis geliefert, daß man die Phänomene der gemeinen Hysterie ruhig nach demselben Schema auffassen darf, wie die der traumatischen Hysterie, daß somit jede Hysterie als traumatische Hysterie aufgefaßt werden kann im Sinne des psychischen Traumas und daß jedes Phänomen nach der Art des Traumas determinirt ist.

Die weitere Frage, welche zu beantworten wäre, ist nun, welches ist die Art des ursächlichen Zusammenhanges zwischen jenem Anlaß, den wir in der Hypnose erfahren haben, und dem Phänomen, welches später als hysterisches Dauersymptom bleibt? Ein solcher Zusammenhang könnte ein mannigfacher sein. Er könnte etwa von der Art sein, wie wir ihn als Typus der Auslösung anführen. Wenn beispielsweise Jemand, der zu Tuberculose disponirt ist, einen Schlag auf's Knie bekommt, in dessen Gefolge sich eine tuberculöse Gelenksentzündung entwickelt, so ist das eine einfache Auslösung. Aber so verhält es sich bei der Hysterie nicht. Es gibt noch eine andere Art der Verursachung und das ist die directe. Wollen wir uns dieselbe durch das Bild des Fremdkörpers veranschaulichen. Ein solcher wirkt als reizende Krankheitsursache fort und fort, bis er entfernt ist. Cessante causa cessat effectus. Die Beobachtung Breuer's lehrt, daß zwischen dem psychischen Trauma und dem hysterischen Phänomen ein Zusammenhang der letzten Art besteht. Breuer hat nämlich bei seiner ersten Patientin folgende Erfahrung gemacht: Der Versuch, die Veranlassung eines Symptomes zu erfahren, ist gleichzeitig ein therapeutisches Manöver. Der Moment, in welchem der Arzt erfährt, bei welcher Gelegenheit ein Symptom zum ersten Male aufgetreten ist und wodurch es bedingt war, ist auch derjenige, in dem dieses Symptom verschwindet. Wenn ein Kranker beispielsweise das Symptom der Schmerzen bietet, und wir forschen in der Hypnose nach, woher er diese Schmerzen habe, so kommt eine Reihe von Erinnerungen über ihn. Wenn es gelingt, den Kranken zu einer recht lebhaften Erinnerung zu bringen, so sieht er die Dinge mit ursprünglicher Wirklichkeit vor sich, man merkt, daß der Kranke unter der vollen Herrschaft eines Affectes steht, und wenn man ihn dann nöthigt, diesem Affecte Worte zu leihen, so sieht man, daß unter Erzeugung eines heftigen Affectes diese Erscheinung der Schmerzen noch einmal mit großem Ausdruck auftritt und daß von da an dieses Symptom als Dauersymptom verschwunden ist. So gestaltete sich der Vorgang in all den angeführten Beispielen. Es hat sich dabei die interessante Thatsache ergeben, daß die Erinnerung an dieses Ereigniß außerordentlich viel lebhafter war, als an andere, und daß der damit verbundene Affect so groß war, als er etwa bei dem wirklichen Erlebniß gewesen war. Man muß annehmen, daß jenes psychische Trauma in der That in dem betreffenden Individuum noch fortwirkt und das hysterische Phänomen unterhält, und daß es zu Ende ist, sowie sich der Patient darüber ausgesprochen hat.

Ich habe soeben bemerkt, daß, wenn man nach unserem Verfahren durch Ausforschung in der Hypnose auf das psychische Trauma gekommen ist, man dabei findet, daß die Erinnerung, um die es sich handelt, ganz ungewöhnlich stark ist und ihren vollen Affect bewahrt hat. Es entsteht nun die Frage, woher kommt es, daß ein Ereigniß, das vor so langer Zeit, etwa vor 10 oder 20 Jahren, vorgefallen ist, fortwährend seine Gewalt über das Individuum äußert, warum diese Erinnerungen nicht der Abnützung, der Usur, dem Vergessen verfallen. Zur Beantwortung dieser Frage möchte ich einige Erwägungen über die Bedingungen der Abnützung des Inhalts unseres Vorstellungslebens vorausschicken.

Man kann hier von einem Satze ausgehen, welcher folgendermaßen lautet: Wenn ein Mensch einen psychischen Eindruck erfährt, so wird Etwas in seinem Nervensysteme gesteigert, was wir momentan die Erregungssumme nennen wollen. Nun besteht in jedem Individuum, um seine Gesundheit zu erhalten, das Bestreben, diese Erregungssumme wieder zu verkleinern. Die Steigerung der Erregungssumme geschieht auf sensiblen Bahnen, die Verkleinerung auf motorischen Bahnen. Man kann also sagen, wenn Jemandem etwas zustößt, so reagirt er darauf motorisch. Man kann nun ruhig behaupten, daß es von dieser Reaction abhängt, wie viel von dem anfänglichen psychischen Eindruck zurückbleibt. Erörtern wir das an einem besonderen Beispiele. Ein Mensch erfahre eine Beleidigung, einen Schlag oder dergl., so ist das psychische Trauma mit einer Steigerung der Erregungssumme des Nervensystemes verbunden. Es entsteht dann instinctiv die Neigung, diese gesteigerte Erregung sofort zu vermindern, er schlägt zurück, und nun ist ihm leichter, er hat vielleicht adäquat reagirt, d. h. er hat so viel abgeführt, als ihm zugeführt wurde. Nun gibt es verschiedene Arten dieser Reaction. Für ganz leichte Erregungssteigerungen genügen vielleicht Veränderungen des eigenen Körpers, Weinen, Schimpfen, Toben u. dgl. Je intensiver das psychische Trauma, desto größer ist die adäquate Reaction. Die adäquateste Reaction ist aber immer die That. Aber, wie ein englischer Autor geistreich bemerkte, derjenige, welcher dem Feinde statt des Pfeiles ein Schimpfwort entgegenschleuderte, war der Begründer der Civilisation, so ist das Wort der Ersatz für die That und unter Umständen der einzige Ersatz (Beichte). Es gibt also neben der adäquaten Reaction eine minder adäquate. Wenn nun die Reaction auf ein psychisches Trauma gänzlich unterblieben ist, dann behält die Erinnerung daran den Effect, den sie ursprünglich hatte. Wenn also Jemand, der beleidigt worden ist, die Beleidigung nicht vergelten kann, weder durch einen Gegenschlag, noch durch ein Schimpfwort, dann ist die Möglichkeit gegeben, daß die Erinnerung an diesen Vorgang bei ihm wieder denselben Affect hervorruft, wie er zu Anfang vorhanden war. Eine Beleidigung, die vergolten ist, wenn auch nur durch Worte, wird anders erinnert, als eine, die hingenommen werden mußte, und der Sprachgebrauch bezeichnet auch charakteristischer Weise eben das schweigend erduldete Leiden als „Kränkung". Wenn also die Reaction auf das psychische Trauma aus irgend einem Grunde unterbleiben mußte, behält dasselbe seinen ursprünglichen Affect, und wo sich der Mensch des Reizzuwachses nicht durch „Abreagiren" entledigen kann, ist die Möglichkeit gegeben, daß das betreffende Ereigniß für ihn zu einem psychischen Trauma wird. Der gesunde psychische Mechanismus hat allerdings andere Mittel, den Affect eines psychischen Traumas zu erledigen, auch wenn die motorische Reaction und die Reaction durch Worte versagt ist, nämlich die associative Verarbeitung, die Erledigung durch contrastirende Vorstellungen. Wenn der Beleidigte nicht zurückschlägt, auch nicht schimpft, so kann er doch den Effect der Beleidigung dadurch vermindern, daß er in sich contrastirende Vorstellungen von der eigenen Würde, von der Würdelosigkeit des Beleidigers u. s. w. wachruft. Ob nun der Gesunde in der einen oder in der anderen Weise eine Beleidigung erledigt, gelangt er immer zu dem Ende, daß der Affect, welcher ursprünglich stark in der Erinnerung haftete, endlich an Intensität verliert, und daß die schließlich affectlose Erinnerung mit der Zeit dem Vergessen, der Usur anheimfällt.

Nun haben wir gefunden, daß sich bei Hysterischen lauter Eindrücke finden, welche nicht affectlos geworden sind

und deren Erinnerung eine lebhafte geblieben ist. Wir kommen also darauf, daß diese pathogen gewordenen Erinnerungen bei Hysterischen eine besondere Ausnahmsstellung zur Usur einnehmen, und die Beobachtung zeigt, daß es sich bei allen Anlässen, welche zu Ursachen hysterischer Phänomene geworden sind, um psychische Traumen handelt, die nicht vollständig abreagirt, nicht vollständig erledigt worden sind. Wir können also sagen, der Hysterische leidet an unvollständig abreagirten psychischen Traumen.

Man findet zwei Gruppen von Bedingungen, unter welchen Erinnerungen pathogen werden. In der einen Gruppe findet man als Inhalt der Erinnerungen, auf welche hysterische Phänomene zurückgehen, solche Vorstellungen, bei denen das Trauma ein allzu großes war, so daß es dem Nervensystem an Macht gebrach, um sich dessen auf irgend eine Art zu erledigen, ferner Vorstellungen, bei welchen sociale Gründe eine Reaction unmöglich machen (so häufig im Eheleben), endlich ist es möglich, daß der Betreffende die Reaction einfach verweigert, auf ein psychisches Trauma überhaupt nicht reagiren will. Da findet sich häufig als Inhalt der hysterischen Delirien gerade jener Vorstellungskreis, welchen die Kranken im normalen Zustand mit aller Gewalt von sich gewiesen, gehemmt und unterdrückt haben (z. B. Gotteslästerung und Erotismen in den hysterischen Delirien der Nonnen). In einer anderen Reihe von Fällen liegt aber der Grund, warum die motorische Reaction ausfiel, nicht an dem Inhalt des psychischen Traumas, sondern an anderen Umständen. Man findet nämlich sehr häufig als Inhalt und Ursache hysterischer Phänomene Erlebnisse, welche an und für sich ganz geringfügig sind, aber dadurch eine hohe Bedeutung gewonnen haben, daß sie in ganz besonders wichtige Momente krankhaft gesteigerter Disposition gefallen sind. Es hat sich etwa der Affect des Schreckens in einem anderen schweren Affect ereignet und ist dadurch zu solcher Bedeutung gekommen. Derartige Zustände sind kurzdauernd und sozusagen außer Verkehr mit dem sonstigen geistigen Leben des Individuums. In einem solchen Zustand der Autohypnose kann das Individuum eine Vorstellung, welche in ihm auftrat, nicht derartig associativ erledigen, wie im wachen Zustande. Die längere Beschäftigung mit diesen Phänomenen machte es uns wahrscheinlich, daß es sich bei jeder Hysterie um ein Rudiment der sogenannten Double conscience, des doppelten Bewußtseins handle, und daß die Neigung zu dieser Dissociation und damit zum Auftreten abnormer Bewußtseinszustände, die wir als „hypnoide" bezeichnen wollen, das Grundphänomen der Hysterie sei.

Sehen wir uns nun um, in welcher Weise unsere Therapie wirkt. Dieselbe kommt einem der heißesten Wünsche der Menschheit entgegen, nämlich dem Wunsche, etwas zweimal thun zu dürfen. Es hat Jemand ein psychisches Trauma erfahren, ohne darauf genügend zu reagiren; man läßt ihn dasselbe ein zweites Mal erleben, aber in der Hypnose und nöthigt ihn jetzt, die Reaction zu vervollständigen. Er entledigt sich nun des Affects der Vorstellung, der früher sozusagen eingeklemmt war, und damit ist die Wirkung dieser Vorstellung aufgehoben. Also wir heilen nicht die Hysterie, aber einzelne Symptome derselben dadurch, daß wir die unerledigte Reaction vollziehen lassen.

Meinen Sie nun nicht, daß damit für die Therapie der Hysterie sehr viel gewonnen wäre. So wie die Neurosen hat auch die Hysterie ihre tieferen Gründe und diese sind es, welche der Therapie eine gewisse, oft sehr fühlbare Schranke setzen.

---

# Dr. C. Rüger's „Natrium chloro-borosum."

Von **Dr. A. Laab,**
**Salinen-, Bahn- und Fabriksarzt in Ebensee.**

Unter gleichzeitigem Hinweise auf die zahlreichen von anderer Seite über obgenanntes Mittel bis jetzt erschienenen, zum Theile sehr eingehenden Publicationen der verschiedensten Art und Form, sowie auf meine in Nr. 38 und 40 der „Wr. klin. Wochschr." erschienene bezügliche Publication, führe ich im Folgenden das über besagtes Präparat in therapeutischer Hinsicht ganz besonders Wissenswerthe in thunlichst gedrängter Kürze an.

Das Natrium chloro-borosum (angeblich Bortrichlorid, in welchem 2 Atome Chlor durch 2 Molecüle NaO ersetzt sind, somit ein sogenanntes Chlorsubstitutions-Product) *), wird von dem Erzeuger: Firma A. Waßmuth & Co. in Barmen, Rheinpr., in drei Formen in den Handel gebracht. und zwar:

1. Als übersättigte 15% Lösung: „Liquor natrii chloro-borosi 15%" — in dunklen Flaschen à 1 Liter; — vollkommen klare, wasserhelle, etwas seifig anzufühlende Flüssigkeit von deutlichem Geruche nach Chlor und nicht besonders angenehmem Geschmacke; letzterer läßt sich jedoch ziemlich gut corrigiren, desgleichen verschwindet er, sowie das auch bei beträchtlichen Verdünnungen (bis zu 1%) noch recht unangenehm fühlbare Kratzen im Schlunde sofort durch Nachspülen mit einem Schluck frischen Wassers.

2. Als weißes, amorphes, nahezu geruchloses Pulver: „Pulvis natrii chloro-borosi" von wenig hervortretendem, daher auch nicht unangenehmem, dabei schwach laugenhaftem Geschmacke; es ist in Wasser nahezu unlöslich. Es sei daher auch an dieser Stelle ganz besonders betont, daß der als Antisepticum ausschließlich in Betracht kommende Liquor, somit Natr. chloro-boros., keine Lösung des Pulv. natr. chloro-boros. ist.

3. Als 10% Salbe: „Unguentum natrii chloroborosi 10%", bereitet nach folgender Vorschrift:

Rp. Pulv. natr. chloro-boros.
Paraffin. liquid. . . . . . . . . . . . aa 10·0
Lanolin. puriss. . . . . . . . . . . . 50·0
Aq. destillat. . . . . . . . . . . . 30·0
Ol. Rosar. gtts. V—X.
M. F. ung.

Die hervorragendste Eigenschaft des Natrium chloro-borosum (insbesondere des „Liquor") ist die desinficirende, bactericide und antifermentative, bezüglich welcher es nach eingehenden Untersuchungen hervorragender Fachmänner und Institute alle heute gangbaren und gefeierten Antiseptica zum mindesten erreicht, zum Theile übertrifft, ohne deren störende oder bedenkliche Eigenschaften zu besitzen (giftige, ätzende, Eiweiß coagulirende, Gewebe zerstörende Wirkung, widerwärtigen Geruch; Undurchsichtigkeit etc.).

Ich schrieb in einer im September d. J. verfaßten, im „Medicinisch-chirurg. Centralblatt" erschienenen Arbeit aus eigenster Ueberzeugung und in vollster Uebereinstimmung mit den Ausführungen zahlreicher anderer Aerzte:

„Ich verwende als Antisepticum seit Juni d. J. fast ausschließlich das allen einschlägigen Zwecken in ganz vorzüglichem Maße entsprechende Dr. C. Rüger's Natrium chloro-borosum; dasselbe wirkt prompt und energisch, dabei milde und vollkommen reizlos; es greift weder Haut, noch Instrumente an (ist für beide gleichzeitig ein ausgezeichnetes mechanisches Reinigungsmittel); schmerzt, auf Wunden oder Schleimhäute gebracht, gar nicht oder kaum merklich, ist **vollkommen**

*) Die zufolge chemischer Analysen jüngsten Datums angezweifelte, von Rüger für dieses Präparat in Anspruch genommene chemische Constitutionsformel und Benennung kann auf den zweifellos erwiesenen therapeutischen Werth desselben wohl von gar keinem Belange sein.

**ungiftig,** kann auch **intern** als **Desinfectionsmittel für den Magen-Darmcanal,** sowie für die Respirations-Organe (Inhalationen) vollkommen gefahrlos, somit ohne Beobachtung irgendwelcher Cautelen verwendet werden; bei alledem ist das Mittel gar nicht kostspielig."

Ich habe des Versuches halber zu wiederholten Malen bedeutende Mengen dieses Präparates sowohl in flüssiger wie fester Form genossen, ohne die allergeringste üble Nachwirkung zu verspüren.

Das „Natrium chloro-borosum" ist in allen Fällen indicirt und kann auch in jenen Fällen in irgend einer Form und Art angewendet werden, in welchen die Einwirkung eines prompten und energischen, dabei reizlosen antiseptischen, somit antibacillären und antifermentativen Mittels erwünscht, der Gebrauch eines solchen am Platze ist.

Es wird somit Verwendung finden:

1. Aeußerlich:

*a)* In Form von Waschungen, Bespülungen und Berieselungen, Verbänden, Douchen wie auch Clysmen (Liquor), sowie in Form von Bestreuungen (Pulver), in chirurgischen, gynäkologischen, geburtshilflichen, dermatologischen und oculistischen Fällen, sowie bei infectiösen Darm-Erkrankungen (Clysmen);

*b)* in Form von Bestreichungen und Verbänden mit dem genannten 10% Ung. natr. chloro-boros. in einschlägigen chirurgischen wie dermatologischen Fällen (insbesondere bei Verbrennungen und Geschwüren; bei div. Ekzemen, Psoriasis etc.);

*c)* in Form von Inhalationen: bei infectiösen Erkrankungen der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle, des Kehlkopfes (insbesondere Diphtherie, Croup, tuberculöse Geschwüre, der Luftröhre, Bronchien und der Lungen, Tuberculose, sowie bei Vorhandensein putrider Processe (Bronchiektasie, Lungen - Gangrän). Die Inhalationen werden im Großen (in Anstalten) am besten und wirksamsten vorgenommen mittels des neuen, bis jetzt wohl unübertroffenen, eine geradezu ideale Zerstäubung leistenden „Inhalations-Apparates für Hals- und Lungenkranke, System A. Waßmuth & Co., Barmen" (von dem ganz ausgezeichneten Functioniren dieses Apparates mich persönlich zu überzeugen, hatte ich heuer in Reichenhall Gelegenheit); im Kleinen, beziehungsweise im Ordinationszimmer des Arztes oder in der Wohnung des Kranken mittelst irgend eines gangbaren Dampf-Sprühapparates, unter denen heute wohl die Apparate von Jahr, Berlin, sowie ganz besonders die für praktische Aerzte bestens geeigneten Sprüh-Apparate von M. Schön in Crimmitschau, Sachsen, unstreitig den Vorzug verdienen dürften;

*d)* überdies erzeugt die Verbandstoff-Fabrik von Paul Hartmann in Heidenheim, Wtbg. [2]), nach Angabe des geh. Rathes Prof. v. Nussbaum mit 10% Natr. chloro-boros. imprägnirte Gaze und Wolle, welche ein für trockene aseptische Verbände ganz vorzügliches, vollkommen geruch- und reizloses Verbandmateriale darstellen.

2. Innerlich sowohl das Pulver als der Liquor (letzterer in entsprechender Verdünnung (vide „Dosirung") und allfällig unter Zusatz geeigneter Corrigentien) in einigen der früher genannten Fälle (z. B. Lungengangrän, Diphtherie, Tuberculose), in denen es erwünscht erscheint, auch dem Verdauungscanale, beziehungsweise dem Blute und den Geweben Chlor zuzuführen, ganz besonders aber bei infectiösen Erkrankungen des Magen - Darmcanales, (Dysenterie, Typhus abdom., Cholera etc.), bei Magen - Darmcatarrhen, beziehungsweise Entzündungen auf fermentativer Basis, bei der so häufigen Gastroenteritis der Säuglinge etc.

[2]) Sowie in jüngster Zeit auf Anregung des Verfassers auch die Verbandstoff-Fabrik „Austria" des Herrn H. Turinsky in Wien.

Als Dosirung des in Rede stehenden Mittels mit Rücksicht auf die verschiedenen Anwendungsweisen und Indicationen können auf Grund der bisher angestellten bacteriologischen Untersuchungen, der Angaben zahlreicher (bis jetzt wohl fast durchwegs außerösterreichischer) Aerzte, welche dasselbe schon längere oder kürzere Zeit hindurch verwenden, sowie nach meinen eigenen, heute schon ziemlich zahlreichen und mannigfachen Erfahrungen folgende allgemeine Normen aufgestellt werden:

1. Für die äußerliche Anwendung.

*a)* der Liquor 15%: Für die überwiegende Mehrzahl der verschiedenen Formen und Fälle, somit auch für den bei Wunden aller Art bis zur Vernarbung und Granulationsbildung stets vorzuziehenden feuchten Verband (vide unten), desgleichen für die Inhalationen genügt der 3% Liquor natr. chloro-boros., also eine Verdünnung des 15% Liquor mit (womöglich sterilem) Wasser in dem Verhältnisse 3 : 12, beziehungsweise 1 : 4; diese Mittelconcentration wird bei leichteren, bezüglich einer Infection, Gangränescenz etc. minder bedenklichen Fällen, desgleichen bei ausnahmsweise besonders empfindlichen frischen und anscheinend reinen Wunden oder sehr irritablen Körpertheilen (Augen-Bindehaut, Nasen-Schleimhaut etc.), ebenso eventuell bei Kindern auf 2%—1% (aber nicht darunter!) herabzusetzen, dagegen bei besonders schweren, hochgradig infectiösen, von dem Einflusse widerstandsfähigerer Bacterien oder Sporen herrührenden oder mit Gangränescenz, Jauchung etc. einhergehenden Processen (z. B. schon zuvor inficirten Wunden, jauchenden Phlegmonen, Diphtherie, putrider Bronchitis, auch Tuberculose etc.) auf 4%—5% (doch nur ganz ausnahmsweise darüber hinaus!) zu erhöhen sein. Diese Regulirung der Concentration je nach dem vorliegenden Falle und der Indication muß dem Ermessen des Arztes anheimgestellt bleiben. „Geschehen" kann auch bei Anwendung stärkster Concentrationsgrade nichts (was von den übrigen Antisepticis nicht behauptet werden kann!), nur treten dann — besonders bei etwas „sensibleren" Individuen — nicht selten unangenehme Empfindungen, vorübergehende Erytheme, leichte Erosionen (namentlich an Schleimhäuten und vor Allem an den Lippen beim Inhaliren), sowie Eczeme an der Haut, desgleichen Kratzen im Rachen und Kehlkopf, sowie Hustenreiz (beim Inhaliren) auf. Man setze also die stärkeren Concentrationsgrade sobald als möglich wieder herab.

Bemerkt sei an dieser Stelle, daß der „Liquor" auch in schwächster Concentration, somit auch der „Spray" desselben bleicht (freiwerdendes Chlor!); farbige Kleidungsstücke, desgleichen Bettüberzüge und Zimmer-Einrichtungs-Gegenstände, welche mit der Flüssigkeit oder deren „Spray" direct oder anhaltend in Berührung kommen, sind demnach zu schützen.

Exponirte und besonders empfindliche Körpertheile, namentlich Gesicht und Lippen, schützt man einfach und zumeist mit Erfolg durch vorheriges Bestreichen mit irgend einer indifferenten Salbe, beziehungsweise mit Lanolin oder Vaseline, die Augen eventuell durch eine Brille.

*b)* Das Pulver wird ohne jede Beimengung auf reine, granulirende oder in Vernarbung begriffene Wunden in dichter Schichte aufgestreut und darüber ein trockener Dauer-Occlusions-Verband angelegt; dasselbe bildet unter Aufsaugung und Desinficirung allfälliger mäßiger Secrete alsbald einen festen, antiseptischen Schorf, unter welchem die vollständige Heilung, beziehungsweise Vernarbung der Wunde zumeist anstandslos vor sich geht.

In Körperhöhlen (Ohren, Nase, Rachen etc.) soll neueren, wohlbegründeten Erfahrungen zu Folge das Pulver nicht eingestreut oder eingeblasen werden; es bäckt zusammen,

hindert den freien Abfluß der Secrete, reizt und kann sonach zu üblen Folgeerscheinungen führen.

Der an früherer Stelle angedeutete feuchte Occlusionsverband mit Liq. natr. chloro-boros. ist am einfachsten und besten auf folgende Art anzulegen: Auf die gut gereinigte, mit 3% (event. 1—5%) Liquor ausgewaschene, beziehungsweise bespülte, entsprechend versorgte Wunde kommt zunächst eine mehrfache (etwa 3—4fache) Lage mit der Flüssigkeit durchtränkter hydrophiler Gaze; darüber eine etwa 1 Cm. dicke Lage ebenfalls durchtränkter Wundwolle; über diese eine je nachdem mehr minder dicke Schichte trockener Wundwolle; über das Ganze ein impermeabler Stoff und schließlich eine entsprechend lange Rollbinde aus Gaze, Wollstoff oder Callicot, möglichst propre angelegt. Als äußerst wohlfeilen, andere kostspielige ähnliche Stoffe vollkommen ersetzenden impermeablen Stoff verwende ich seit längerer Zeit (namentlich in der ärarischen, beziehungsweise bahn- und fabriksärztlichen, sowie Armenpraxis) das impermeable (Firniß-) Papier, hergestellt durch Imprägnirung gewöhnlichen feinen, unsatinirten Papiers (zartes Hanfpapier, stärkeres Seidenpapier etc.) mit einer lege artis bereiteten Mischung aus Siccativ, Leinölfirniß und weißem Wachs in dem beiläufigen Verhältnisse von 1 : 1 : ½; es kann dieser Mischung ad lib. ein Antisepticum beigegeben werden; thut's aber auch ohne ein solches.

2. Für die innerliche Anwendung:

*a)* Der „Liquor“: für Erwachsene 3—1% (aber nicht darunter! nochmals erwähnt: unangenehmer Geschmack, Kratzen im Schlunde!) mit einem Corrigens (Milch, Cognac, Malaga, aromatischem (namentlich Pfefferminz-) Syrup (nicht Fruchtsyrup wegen der Entfärbung!) (1—2- bis 3stündl. 1 Eßlöffel voll (15 Grm.); Tagesgabe: 30—35 Grm. des concentrirten Liquor; also z. B.

Rp. Liquor. natr. chloro-boros. 15% 30·0 } 3% bis
Aq. destillat. . . . . 100—120—160 } 2%
Cognac.
Spir. menth. pip. aa. . 10—15—20
MS. 2—3stündl. 1 Eßlöffel voll für 24 Stunden.

(Als Prophylacticum bei Infectionsgefahr oder als Heilmittel bei schon stattgehabter schwerer Infection eventuell mehr und in kürzeren Intervallen.)

Ein Schluck Wasser dürfte jedesmal nachzuspülen sein.

Für Kinder, je nach deren Alter, wird eine entsprechend geringere Menge eines 2—1% Liquor zu verordnen und die Tagesgabe angemessen herabzusetzen sein; z. B.

Rp. Liq. natr. chloro-boros. 15% 10·0 bis 5·0—2·5 } circa
Aq destillat. . . 60·0—30·0—15·0 } 2%
Syr. menth. . . 20·0—10·0— 5·0 }
MS. 1—2—3stündl. 1 Kinder-, Thee- bis ½ Theelöffel voll mit ebensoviel Milch gemischt (wird somit 1procentig).

*b)* Das Pulver: für Erwachsene 0·3—0·4—0·5 pro dosi 2—3stündl. bis etwa 5·0 (auch darüber) pro die ohne jede Beimengung, am besten in Oblaten, ein Schluck Wasser darnach. In sehr ernsten Fällen (vide oben) eventuell mehr und in kurzen Intervallen.

Kindern wird das Pulver am besten mit Pulv. gummos. oder Sacch lact. gemengt in Wasser oder Milch gegeben und zwar je nach dem Alter etc. 0·02—0·05—0·1 pro dosi 2- bis 3stündl., 0·2—0·5—1·0 und darüber pro die. Z. B.

Rp. Pulv. natr. chloro-boros. . . 0·2—0·5—1·0
Pulv. Gummos. . . . . . . . . 3·0
D. in dos. aeq. Nr. X, S. 2—3stündl. 1 Pulv. in Milch (für 24 Stunden).

Den bisherigen (auch meinen eigenen) Erfahrungen nach sind übrigens bei Gastro-Enteritiden der Kinder, namentlich Säuglinge, in der Regel 2—3 Pulver ausreichend, um den Proceß vollständig zu coupiren. Foetor ex ore bei Dyspepsie (auf fermentativer Grundlage) der Erwachsenen schwindet zumeist nach dem 1., eventuell 2. Pulver, beziehungsweise rasch nach jedem Pulver oder Löffel voll des Liquor; dies habe ich zu wiederholten Malen selbst beobachtet; die Kranken sind fast ausnahmslos voll des Lobes über dieses Mittel.

Die beste Vorschrift für das 10% Unguent. Natr. chloroboros. wurde an früherer Stelle angeführt. Diese Salbe hat eine sehr gelungene Consistenz, läßt sich leicht und gleichmäßig vertheilen und deckt vorzüglich; sie kann selbstverständlich von jedem Apotheker bereitet werden.

Der Preis des Natr. chloro-boros. für Oesterreich stellt sich gegenwärtig auf circa 1 fl. 20 kr. per Flasche (à 1 Liter) 15% Liquor, sowie auf 50 kr. per 100 Grm. des Pulvers, ist sohin mit Rücksicht auf die zumeist geringen pro dosi et pro die von dem einen wie von dem anderen zur Verwendung gelangenden Mengen ein verhältnißmäßig niedriger. 1 Liter des 15% Liquor gibt z. B. 5 Liter der 3% Verdünnung, von welcher somit 1 Liter auf 24 kr. zu stehen kommt; und mit 1 Liter reicht man z. B. für 1—2 große, 3—5 auch mehr kleine Wundbehandlungen und Verbände, für 10—12stündige fast permanente Inhalation mit SOON'schem Apparate, für 8—10tägigem internen Gebrauch etc. Der Preis des Pulvers kann mit Rücksicht auf dessen für alle Fälle minimen Verbrauch gar nicht in Betracht kommen. In der Folge dürften sich die Preise, namentlich pro liquore, wohl noch billiger stellen.

Ich bin vollkommen überzeugt, daß keiner der geehrten Collegen diesem Mittel, hat er es einmal in einer genügenden Zahl heterogenster (selbstverständlich geeigneter) Fälle versucht und erprobt, sobald wieder den Laufpaß geben wird, es müßte denn thatsächlich etwas Besseres auftauchen; heute ist es unstreitig der Besten eines!

---

## Neue Arzneimittel.

Im Folgenden beginnen wir eine knappe und übersichtlich gehaltene Revue über die in den letzten Monaten von bewährter Seite eingeführten Medicamente und Präparate, von welchen die Mehrzahl geeignet zu sein scheint, unserem Heilschatz definitiv eingereiht zu werden. Inwieweit dies der Fall ist, muß allerdings erst die objective Nachprüfung ergeben, welche wohl in erster Linie Aufgabe der Kliniker, zum Theil aber auch Sache der Praktiker ist, die jeden Fortschritt auf dem Gebiete der Therapie warm begrüßen. Wir glaubten diese Uebersicht (nach MERCK's Bericht) behufs Orientirung unserer Leser veröffentlichen zu sollen, wenngleich die von uns in die periodische Fachliteratur eingeführten „Kleinen Mittheilungen“, die sich des Beifalls unseres Leserkreises, wie der Nachahmung anderer Blätter in gleichem Maße erfreuen, einzelne der hier enthaltenen Angaben bereits vorweggenommen haben.

**Acidum cinnamylicum puriss.** $C_9H_8O_2 = (C_6H_5 . CH : CH . COOH)$.

Weiße oder schwach gelbliche, matt glänzende, in Alkohol lösliche Blättchen vom Schmelzpunkt: 133° C.

Obgleich LANDERER schon früher („Münchener medic. Wochenschrift“, 1889, Nr. 4) bei der Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam-Injectionen befriedigende Erfolge gesehen hatte, so hoffte er doch durch Verwendung der Zimmtsäure, als des wirksamen Bestandtheiles des Perubalsams, noch bessere Resultate zu erzielen. Die Wirkung und der Erfolg dieser Behandlung, über welche LANDERER in seiner Arbeit, betitelt „Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure“, („Wiener Med. Presse“, 1892, Nr. 11), berichtet hat, werden in folgenden Sätzen zusammengefaßt:

1. Die Zimmtsäure ist zwar kein Specificum gegen Tuberculose, doch besitzen wir in ihr ein diese Krankheit stark beeinflussendes Mittel. 2. Oertliche Einwirkung derselben vermag localisirte Tuberculose zum Rückgang zu bringen. 3. Die intravenöse Injection ist bei genügender Vorsicht unschädlich und bringt einen beträchtlichen Theil der inneren Tuberculosen zur Ausheilung.

Sowohl bei innerer als auch bei chirurgisch zu behandelnder Tuberculose wird die Zimmtsäure hauptsächlich in Form folgender Emulsion angewendet:

Rp. Acid. cinnamylici . . . . . . . . . 5·0
Ol. amygdalar. dulc. . . . . . . . . 10·0
Vitelli Ovi Nr. I
Solution. Natrii chlorat. (0·7%) q. s.
Misce ut fiat emulsio.
DS. Zur Injection (LANDERER).

Vor dem Gebrauch muß die Emulsion durch Zusatz von 25%iger Kalilauge schwach alkalisch gemacht werden. Die Dosis der Injectionsflüssigkeit schwankt zwischen 0·1—1 Ccm., bei Kindern und geschwächten Personen ist sie noch geringer; in der Regel injicirt man wöchentlich zweimal. Bei fistulösen Processen werden Einspritzungen und Aasätzungen mit Zimmtsäurealkohol (1 : 20) angewendet. In Lupusknötchen werden je 1—2 Tropfen folgender Lösung injicirt:

Rp. Acid. cinnamylici
Cocaïni muriatici . . . . . . . . aa. 1·0
Spiritus vini . . . . . . . . . . 18·0
DS. Zur Injection.

In einer Sitzung können bis zu 10 Einspritzungen vorgenommen werden (LANDERER).

**Aether valerianicus** (Isobaldriansäureäthylester) $C_5H_9O_2 . C_2H_5$.

Farblose, leicht bewegliche, nach Baldrian riechende Flüssigkeit. Siedepunkt 133—134° C., spec. Gewicht 0·871.

Der Baldriansäureäther wird von CHRISTMAN („Semaine méd.", 1892, Nr. 22) zur Bekämpfung des Asthma nervosum und anderer mit Krampfzuständen verknüpfter Leiden empfohlen.

Rp. Aetheris valerianici gtt. II.
Dispens. in capsul. gelatinos. operculat.
Dent. tal. doses Nr. 20.
S. 1 Kapsel bei jedem Anfalle zu nehmen.

### Amylum jodatum.

Blauschwarzes Pulver, das 2% mechanisch gebundenes Jod enthält.

Dieses schon früher bei putriden Erkrankungen des Darmtractus empfohlene Mittel wurde neuerdings von P. WERBITZKY („Wratsch", 1892, 922) wiederholt mit Erfolg bei verdächtigen Diarrhoen angewandt. Man verordnet:

Rp. Amyli jodati . . . . . . . . . . . . 0·5
Elaeosacchari Menth. pip. . . . . . . 0·3
Opii pulv. . . . . . . . . . . . 0·01
M. Dent tal. doses Nr. X.
S. (In leichten Fällen) 3 Pulver täglich, (in schweren Fällen) 2stündlich 1 Pulver.

An Stelle von Jodtincturpinselungen empfiehlt sich folgende Salbe, da sie leicht in die Haut eindringt und diese nicht reizt:

Rp. Amyli jodati . . . . . . . . . . . . 3·0
Lanolini . . . . . . . . . . . . . . 30·0
Ol. Calami gtts III.
M. fiat ungt.
DS. Zu Einreibungen.

**Antispasmin** (Narceïnnatrium — Natrium salicylicum).

Weißliches, schwach hygroskopisches Pulver, das sich in Wasser sehr leicht zu einer schwach gelblich gefärbten Flüssigkeit löst. Die Verbindung reagirt alkalisch und enthält etwa 50% Narceïn in vollkommen reinem Zustande. Das Präparat ist chemisch als ein Körper zu betrachten, in welchem 1 Molecül Narceïnnatrium mit 3 Molecülen Natrium salicylicum vereinigt ist.

Das Mittel erwies sich nach den pharmakologischen und therapeutischen Versuchen weil. Prof. Dr. DEMME's zu Bern als ein vortreffliches Hypnoticum und Sedativum bei schmerzhaften Leiden, vorzugsweise aber bei mit Schmerzen verbundenen Krampfzuständen. Da diese letztere Wirkung bei der neuen Verbindung besonders prägnant zum Ausdruck gelangt, so wurde derselben zum Zwecke der bequemeren Verordnungsweise der kurze Name Antispasmin beigelegt. Das Antispasmin wirkt erst in verhältnißmäßig großen Injectionsdosen (1 Grm. pro ½ Kgrm. Kaninchen) absolut letal, während bei den gänzlich ungefährlichen kleinen Gaben von 0·01 bis 0·1 Grm. pro dosi eine sehr schätzenswerthe narcotische Wirkung erzielt wird. In Folge seiner durch DEMME's Versuche bewiesenen Unschädlichkeit ist das Antispasmin besonders dazu berufen, in der Kinderpraxis als Sedativum und Hypnoticum eine Rolle zu spielen, somit eine wesentliche Lücke in der Materia medica auszufüllen, da wir bis jetzt kein gefahrloses Beruhigungsmittel für Kinder besaßen.

Das Antispasmin wurde von DEMME klinisch bei verschiedenen Schmerzzuständen Erwachsener und vorzugsweise bei Tussis convulsiva in Gaben von 0·01—0·1 Grm. pro dosi angewendet und hat sich hiebei als ein sehr zweckmäßiges und wirksames Narcoticum erwiesen. Schwere Keuchhustenanfälle nehmen 0·1—0·2 Grm. pro die in Anspruch. Hier wirkt das Präparat namentlich sehr günstig, indem es die Reflexerregbarkeit des Larynx (durch Einwirkung auf die Verzweigungen des Nervus laryngeus superior) herabsetzt.

Rp. Antispasmini . . . . . . . . . . . 1·0
Aquae amygdal. amar. . . . . . . 10·0
SDS. 1—2mal täglich 15 Tropfen mit Himbeersaft oder Zuckerwasser zu geben.
(Bei Pertussis, Stimmritzenkrampf, von Kindern.)

Rp. Antispasmini . . . . . . . . . . . 0·5
Aquae destillatae
Spiritus vini Cognac
Syrupi Mororum . . . . . . . . . aa. 30·0
DS. 3mal täglich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.
(Als Sedativum bei Husten etc. Erwachsener.)

### Ammonium embelicum.

Ueber dieses Anthelminthicum hat G. CORONEDI (Sitzb. der Academ. medico-fisica fiorentina vom 7. März 1892, durch „Lo Sperimentale", 1892, fasc. 2) Versuche angestellt und gefunden, daß das Ammonembelat für Menschen und höhere Thiere weit unschädlicher ist, als die genannten Stoffe und diese an wurmtödtender Kraft dennoch wesentlich übertrifft. CORONEDI empfiehlt daher das Medicament auf's Wärmste für klinische Versuche.

Rp. Ammonii embelici . . . . . . . . . . 0·05
Pulveris gummosi
Syrupi gummosi aa. q. s.
ut fiat pillula. Dent. tal. Nr. X.
S. Bei Kindern 3 Pillen, bei Erwachsenen bis zu 7 Pillen täglich.

**Aurum-Kalium bromatum** $AuBr^3 . KBr + 2 H^2O$.

Im Jahre 1889 hat GOUBERT das Aurum tribromatum als Antiepilepticum empfohlen. Da sich jedoch dieses Präparat leicht zersetzt, so schlug MERCK vor, an dessen Stelle das beständige Kaliumauribromid anzuwenden. IWAN JANKURA und LAUFENAUER („Pest. Med.-chirurg. Presse", 1892, p. 574) haben nunmehr das Mittel bei sehr schweren Fällen von Epilepsie und Hystero-Epilepsie mit gutem Erfolge gebraucht, der sich durch Abnahme der Intensität, Dauer und Häufigkeit der Anfälle kund gab. Das Mittel wurde anfangs per os angewendet. Da jedoch die Wirkung eine unzulängliche war, so injicirte man es später subcutan nach folgender Formel:

Rp. Auri-Kalii bromati . . . . . . . . . 0·4
solve in:
Aq. destill. . . . . . . . . . . . . 20·0
DS. Zur Injection.

Hievon injicirte man anfänglich 0·5 Ccm. (= 0·01) und stieg bis 2 Ccm. (= 0·04 Grm.). Die mittlere Dosis betrug 0·02 Grm. Als unangenehme Nebenerscheinungen beobachteten JANKURA und LAUFENAUER nebst Infiltration, ½ Stunde nach der Injection Frösteln, Schauer und Stechen in der Herzgegend; diese Erscheinungen wichen jedoch bald. Die Dosis von 0·04 Grm. vertrug die Haut noch ohne Reaction.

**Asaprol** (β-Naphtol — α — monosulfosaures Calcium)

$$\begin{matrix} C_{10}H_7SO_4 \\ C_{10}H_7SO_4 \end{matrix} > Ca + 3 H_2O.$$

Weißliches, in Wasser (1 : 1·5) und in Alkohol (1 : 3) leicht lösliches Pulver.

Das Asaprol wurde von STACKLER („Nouv. reméd.", 1892, Nr. 10 und „Bull. gén. de thérap.", 1892, Nr. 22) in die Heilkunde eingeführt. Der neue Körper besitzt, in Dosen von 1—4 Grm. gegeben, antithermische, antirheumatische und analgetische Wirkungen, welche ihn besonders bei Influenza, Rheumatismus articulorum acutus, Asthma, infectiöser Angina etc. verwendbar erscheinen lassen. Dosen von 4 Grm. Asaprol üben bei acuten Gelenkrheumatismus dieselbe Wirkung wie 6—8 Grm. Natriumsalicylat Nach BOMPART („Sem. médicale", 1892, Nr. 35) empfiehlt es sich, das Medicament in folgender Formel zu geben:

Rp. Asaproli . . . . . . . . . . . . . 2·0—4·0
Aquae Anisi dest. . . . . . . . . . . 30·0
Syrupi simplicis . . . . . . . . . . 30·0
MDS. Kaffeelöffelweise in Thee, Kaffee, Zuckerwasser oder Bier binnen 24 Stunden zu nehmen.

In Fällen, in denen die Verabreichung per os nicht angebracht erscheint, ist folgendes Klysma zu verordnen:

Rp. Asaproli . . . . . . . . . . . . . . 2·0—7·0
Tinct. opii crocat. gtt. IV.
Vitelli ovi Nr. I
Decoct. Bistortae . . . . . . . . . . . 100·0[1])
MDS. Für ein Lavement, dem man ein das Rectum reinigendes Klysma vorangehen läßt.

Rp. Asaproli . . . . . . . . . . . . . 0·5
Dent. tal. dos. Nr. X.
S. Tägl. 4—8 Pulver in Oblaten zu nehmen.

Bei infectiösen Anginen verordnet man:

Rp. Solutionis Asaproli aquosae (10·0 : 200)
DS. Gurgelwasser.

Bei der Verordnung des Asaprols sind lösliche Sulfate, Natrium bicarbonicum und Kalium jodatum auszuschließen da diese Zersetzung des Präparates herbeiführen.

(Wird fortgesetzt.)

## Referate und literarische Anzeigen.

**Dr. med. LUDWIG FERDINAND**, königlicher Prinz von Bayern: **Ein Beitrag zur Aetiologie und Pathologie der Pleuritis.**

Verf. hat eine Reihe von 25 Fällen pleuritischer Ergüsse einer genauen klinischen und bacteriologischen Beobachtung unterzogen und berichtet hierüber im 50. Bande des „Deutschen Archivs für klinische Medicin".

Der besonders in bacteriologischer Hinsicht werthvollen Arbeit entnehmen wir folgende, für die Pathologie der Pleuritis nicht unwichtige Daten:

Nach der Natur des Exsudates waren von 23 Fällen 9 Fälle serös (1 Todesfall), 1 Fall serös-eiterig, 12 Fälle eiterig (5 Todesfälle) und 1 Fall jauchig-eiterig. Nach den Krankheitserregern waren von den 9 serösen Exsudaten 2 durch Pneumoniecoccen, 2 durch Staphylococcen bedingt, 5 waren bacterienfrei, davon 4 tuberculöser Natur und eines nach Influenza, bei welchem aber auch Tuberculose in Betracht kam. Der serös-eiterige Fall war ein Diplococcenexsudat. Von den eiterigen Ergüssen waren verursacht 2 durch Diplococcen, 5 durch Streptococcen (2 Todesfälle), 2 durch Tuberkelbacillen (beide letal), 2 durch Diplococcen und Streptococcen (1 Todesfall), 1 durch Staphylococcen und Streptococcen. Das jauchig-eiterige Exsudat zeigte neben Proteus und Sarcinen Staphylococcen.

Die Schlußfolgerungen, welche der Verf. aus seinen Beobachtungen im Zusammenhalt mit denen Anderer zieht, sind folgende:

1. Die Mehrzahl der serösen Exsudate ist bacterienfrei.

2. Die Mehrzahl der bacterienfreien Exsudate ist tuberculöser Natur.

3. Es gibt seröse Exsudate, die echte Eiterungserreger enthalten, die aber trotzdem serös bleiben.

4. Dieser Satz gilt nicht für die Streptococcenexsudate.

5. Die Mehrzahl der Empyeme ist verursacht durch den Streptococcus pyogenes, aber auch andere Eiterungserreger können die Ursache eines Empyems sein, so daß letzteres als das Product einer in Folge besonderer Umstände auf der Pleura erfolgten Ansiedelung der ersteren angesehen werden muß.

6. Die Infection der Pleuren schließt sich in den meisten Fällen an eine Läsion des Lungengewebes an, die ein Eindringen der sie verursachenden oder begleitenden pathogenen Keime in die Pleurahöhle ermöglicht. Daneben muß die Möglichkeit des Entstehens einer exsudativen Pleuritis durch toxische oder mechanische Einwirkung anerkannt werden.

Bezüglich der Prognose sind quoad rest. in integr. die serösen, metapneumonischen Exsudate am besten gestellt. Ihnen schließen sich die serösen Staphylococcenexsudate an; diesen folgen in absteigender Reihe die metapneumonischen, die primären Staphylococcen-, die primären Streptococcen-, die jauchigen Empyeme. Schlechte Prognose geben wegen der Schwere des Grundleidens die tuberculösen und die septischen Exsudate.

Bezüglich der Therapie hat sich ergeben, daß Streptococcenexsudate die Rippenresection erheischen, sobald die Diagnose sichergestellt ist, auch wenn das Exsudat noch serös ist, da man bei Streptococcenbefund die eiterige Metamorphose des noch serösen Exsudates bestimmt vorhersagen kann. Hingegen gestatten die Diplococcenempyeme ein längeres Zuwarten, da bei diesen die Gefahr einer Infection des Blutes geringer und die Spontanresorption der metapneumonischen Exsudate in einigen Fällen sichergestellt ist.

Bs.

[1]) Statt dessen dürfte wohl auch Decoctum Rad. Ratanhiae gegeben werden.

**W. v. BECHTEREW** (Kasan): **Ueber neuropsychische Störungen bei chronischem Ergotismus.**

B. schildert in Nr. 24 des „Neurologischen Centralbl." die von seinem Assistenten REFORMATZKI an 89 Fällen von Ergotismus gemachten Beobachtungen in Bezug auf neuropsychische Störungen. Aus diesen Beobachtungen geht zunächst hervor, daß die Erkrankung an Ergotismus zuweilen schon an demselben Tage, an welchem die Bauern zum ersten Male frisches Mutterkorn enthaltendes Brot zu sich nehmen, besonders, wenn es heiß und in großer Menge gegessen wurde, auftrat. Oefter aber erkrankten die Leute nach 1, 2—3 Wochen. Diese Verschiedenheit in dem Auftreten der Krankheit hat ihre Ursache theils in dem Procentgehalte des Mutterkornes im Mehle und in der Menge des genossenen Brotes, theils in der größeren oder geringeren Frische des letzteren und endlich in dem Grade der Widerstandsfähigkeit der Vergifteten.

Bei der in Rede stehenden Epidemie äußerte sich die Vergiftung mit Mutterkorn anfangs in Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Schläfrigkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchgrimmen, unangenehme Empfindung in der Herzgegend, Gefühl von Ameisenlaufen und Ziehen in den Gliedern, schlechtes Sehen, zeitweilig sogar Erblindung. War die Krankheit schon ganz entwickelt, so traten stets die charakteristischen Mutterkornkrämpfe in den Vordergrund. Dieselben befielen meist Hände und Füße. Während dieser Krämpfe klagten die Kranken über starke Schmerzen; zwischen den Krampfanfällen zeigten sich klonische Zuckungen, Zittern und fibrilläre Zuckungen. Häufig waren nicht allein die Extremitäten, sondern auch die Gesichts-, Bauch- und Rückenmuskeln von Krämpfen befallen, wobei der Körper sich nach vorne, rückwärts oder seitlich krümmte. Durch das Auftreten der Krämpfe in den Kehlkopf- und Respirationsmuskeln stellte sich häufig Athemnoth ein. Die tonischen Krämpfe, besonders in den Extremitäten, dauerten bei den Patienten viele Wochen sogar Monate lang. Während der Krampfanfälle schwankte die Mastdarmtemperatur größtentheils zwischen 36·5 und 37·8. Mit der Zeit gesellten sich zu den Krämpfen, wenn auch nicht immer, epileptoide Anfälle mit Verlust des Bewußtseins. Nach den Anfällen verfielen die Patienten in Schlaf, aus dem sie mit einem Gefühl von allgemeiner Abgespanntheit, Schwindel und etwas undeutlichem Sehvermögen erwachten. In anderen Fällen verblieben sie einige Zeit stuporös. Bei manchen Kranken wurde auch Schwindel und Verlust des Bewußtseins beobachtet. Manche Patienten bekamen grelle Gesichts- und Gehörshallucinationen. Weiters wurden Anfälle von zeitweiliger Bewußtlosigkeit mit localen Krämpfen und automatischen Bewegungen beobachtet.

Nach einigen oder einer großen Reihe von Anfällen stellte sich bei den Patienten gewöhnlich eine Geistesstörung in der Form des stuporösen Zustandes ein, welcher einige Stunden bis Wochen anhielt. Der Verlauf des Ergotismus war in den meisten Fällen ein chronischer. Bei vielen Kranken recidivirte die Krankheit nach anscheinender Genesung einige Male, wobei in manchen Fällen eine wiederholte Vergiftung positiv ausgeschlossen war. Manche Kranke klagten auch nach scheinbarer Genesung noch über psychische Schwäche, Denkfaulheit und Gedächtnißstörungen. Von den physischen Störungen sind anzuführen: Anämie, Magenerweiterung, Harnverhaltung und Erectionen, schwankender Gang, ROMBERG'sches Phänomen, in 62 von 82 Fällen fehlte der Kniereflex vollständig. In zahlreichen Fällen fehlten auch die anderen Reflexe. Bei Frauen waren die Menstruationsstörungen eine gewöhnliche Erscheinung.

Die Sensibilität, Temperatur und Tastsinn waren bei sehr vielen Kranken gestört. Die Untersuchung des Gehirnes ergab in 9 Fällen folgenden Befund: Hyperämie und Hämorrhagie der Gehirnhäute, in einigen Fällen zwischen der Pia und Arachnoidea des Rückenmarkes bedeutende Mengen einer käsigen Masse. In der Gehirnsubstanz in vielen Fällen Erweichungsherde, punktförmige und auch größere Blutungen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich in den Hintersträngen des Rückenmarkes in 3 von 5 untersuchten Fällen mehr oder weniger ausgesprochene Degeneration, die entweder den ganzen Querschnitt oder einzelne Theile der Hinterstränge einnahm.

M.

---

**S. POLLAK** (Budapest): **Magenausspülung bei acuter innerer Incarceration.**

Die Anwendung der Magenwaschungen bei acuten inneren Einklemmungen ist nicht alt; sie wurde zuerst von KUSSMAUL im Jahre 1882 anempfohlen und in die Praxis eingeführt. Seither versuchte man diesen therapeutischen Eingriff in vielen Fällen mit mehr oder weniger Erfolg.

P. berichtet im „Orvosi hetilap“ (1892, Nr. 50, 51, 52) über 7 eigene Beobachtungen, von welchen fünf zur Genesung führten, zwei aber an intercurrenten Krankheiten zu Grunde gingen, trotzdem die Darmpassage freigemacht ward.

Nach eingehender Würdigung der gesammten einschlägigen Literatur stellt Verf. folgende Indicationen auf:

1. Bei Occlusionen, hervorgerufen durch Coprostase, Koth- und Gallensteine oder verschluckte, nicht allzugroße Fremdkörper, bei Axendrehungen und Abknickungen des Darmes, sowie bei durch Pseudomembranen entstandenen Incarcerationen, ferner bei dem sogenannten „Pseudoétranglement“ ist die Magenausspülung berechtigt. Im Allgemeinen in allen Fällen, wo die Localisation der Stenose unmöglich ist, die Ursache aber mit annähernder Bestimmtheit angenommen werden kann. Wird in solchen Fällen operirt, soll der Operation eine Magenwaschung vorausgehen.

2. Die Magenausspülung muß gemacht werden in jenen Fällen, wo der günstige Zeitpunkt für die Operation bereits verstrichen; dann, wenn ein operativer Eingriff wegen allgemeiner Schwäche unmöglich und endlich, wenn die Operation nicht zugegeben wird. Hier wirkt der Magenschlauch palliativ.

3. Vor dem operativen Eingriffe zur Herabsetzung des intraabdominalen Druckes.

Die Magenausspülungen sollen 2—3, längstens 4 Tage hindurch, täglich 2—4mal vorgenommen werden. Bleibt das Darmlumen trotzdem noch impermeabel, muß sofort zur Operation geschritten werden. Zur Unterstützung der Magensonde ist es zweckmäßig, hohe Darmirrigationen zu machen und per os Opium zu verabreichen.

Zur Technik der Magenwaschungen bemerkt Verf., daß er die EWALD'sche Sonde für sehr zweckmäßig hält; Cocaïnisirung der Rachengebilde mußte er nie vornehmen. Vor der Einführung des Schlauches ist eine Campherinjection angezeigt. Als Spülflüssigkeit benützte er reines lauwarmes Wasser so lange fortgesetzt, bis dasselbe rein abfloß.

R — L.

---

**Die exspectative und initiative Behandlung chirurgischer Tuberculose** im Erzherzogin Maria Theresia-Seehospize von 1888 bis 1891. Von dem gewesenen Primararzte der genannten Anstalt, **Dr. Max Scheimpflug.** Stuttgart 1892. Deutsche Verlagsgesellschaft.

Das vorliegende Buch bildet einerseits einen wissenschaftlich gehaltenen Rechenschaftsbericht über die Leistungen des Seehospizes in S. Pelagio während der vier Jahre seines Bestehens, andererseits muß es aber als ein schätzenswerther Beitrag zur Behandlung der so tristen Knochen- und Gelenkstuberculose begrüßt werden. Die Erfolge, welche in dem genannten Humanitäts-Institute erzielt wurden, überragen entschieden diejenigen der Spitäler der großen Städte und auch diejenigen ähnlicher Kinderheilstätten an anderen Orten. Der Grund liegt einfach in der Eigenart des Maria Theresia-Seehospizes und in den Grundsätzen, nach welchen daselbst die Behandlung durchgeführt wird: Während in den sogenannten Saisonhospizen die Pfleglinge nur für kurze Curperioden aufgenommen und ohne Rücksicht auf das Stadium des Heilungsprocesses nach absolvirter Curzeit wieder entlassen werden, wurde für das Erzherzogin Maria Theresia-Seehospiz die continuirliche Behandlung, wenn möglich bis zur vollständigen Ausheilung, zum Principe erhoben. Das Heil-Institut wurde in der richtigen Erkenntniß der Unzulänglichkeit einer rein exspectativen Behandlung mit dem nöthigen Apparate eines chirurgischen Spitales versehen und die Behandlung von zwei Gesichtspunkten aus geleitet: erstens Hebung des Allgemeinbefindens und zweitens Beseitigung der localen Processe. Auf solch zielbewußte Grundsätze fußend, versuchte es das humanitäre Institut, die, wie sich Autor ausdrückt, fabriksmäßige Heilung chirurgischer Tuberculose zu inauguriren. Soweit die reichlich mitgetheilte Casuistik des Buches erkennen läßt, scheint der Anfang ein glücklicher und vielversprechender zu sein. Wir können auf die Casuistik hier nicht näher eingehen, sondern verweisen diesfalls auf das Buch selbst, sowie auf die Krankendemonstration des Herrn Dr. SCHEIMPFLUG im Wiener medicinischen Doctoren-Collegium, über welche in Nr. 3, 1892, dieses Blattes berichtet wurde.

Ba.

---

**Anleitung zur Prüfung und Gehaltsbestimmung der Arzneistoffe für Apotheker, Chemiker, Aerzte und Sanitätsbeamte.** Von **Prof. Dr. Přibram** und **Dr. Neumann-Wender.** Wien 1893. Moritz Perles.

Das vorliegende Werk verfolgt in erster Linie den Zweck, den Apothekern, Chemikern, Aerzten und Sanitätsbeamten eine Anleitung zur Prüfung und Gehaltsbestimmung der verschiedenen Arzneimittel zu bieten. Die Verf. haben bei der Abfassung dieses Buches nicht allein die Bestimmungen der österreichischen Pharmakopoë (Ed. VII) zu Grunde gelegt, sondern auch die Angaben des deutschen Arzneibuches (Ed. III) berücksichtigt. Die empfohlenen Untersuchungsmethoden, sowie die aufgenommenen Arzneimittel sind mit besonderer Sachkenntniß bearbeitet und lassen darauf schließen, daß die Verf. jede Reaction auf ihre Zuverlässigkeit im Laboratorium untersuchten, so daß die bezüglichen Angaben als durchaus zuverlässig anzusehen sind. Von großem Vortheile ist die jedesmalige Angabe der Concentration der Lösungen, nachdem ja häufig das sichere und scharfe Eintreten einer Reaction von der Concentration der Lösung abhängt. Die Besprechung der Arzneimittel geschah mit Recht nicht in alphabetischer Reihenfolge, sondern in einzelnen Capiteln, die eine Zusammenfassung des Gleichartigen ermöglichen. Aus dem reichen Inhalte seien vor Allem die Besprechung der anorganischen und organischen Präparate, der Fette, Oele und Wachsarten, der ätherischen Oele, der Seifen und GALEN'schen Präparate hervorgehoben. Wir begegnen darin, wie auch in dem ganzen Werke derselben Sachkenntniß und bei aller Kürze der Form einer vollkommen genügenden Klarheit des Ausdruckes und Uebersichtlichkeit der Darstellung. Nachdem die Verf. die Kenntniß der anzuwendenden Apparate und Methoden von Jedem, der sich mit der Untersuchung der Arzneimittel beschäftigen will, mit Recht als selbstverständlich voraussetzen, so glauben wir, daß die von den Verf. vorausgeschickte Erläuterung der in Betracht kommenden Instrumente wohl als überflüssig bezeichnet werden kann. Ein ausführliches Register erleichtert den Gebrauch des Werkes, welches eine werthvolle Bereicherung der pharmaceutischen Literatur bildet und zweifelt Referent nicht, daß dasselbe auch eine günstige Aufnahme finden wird.

Dr. ADOLF JOLLES.

## Kleine Mittheilungen.

— Dr. EICHHOFF (Elberfeld) berichtet in Nr. 1 der „Therap. Mon.“ über seine **weiteren therapeutischen Erfahrungen mit Europhen.** Er verwendete das Mittel zunächst in 31 Fällen von Ulcus molle. Die durchschnittliche Dauer der Heilung der circa linsengroßen Geschwüre war 14 Tage. Das Europhen wurde in allen Fällen nach jedesmal vorausgegangener Waschung und Reinigung der Geschwürsfläche als Puder leicht aufgestreut und dann mit etwas übergelegter Watte fixirt. Complicationen mit Bubo kamen

bei diesen Fällen nicht vor, ebensowenig Reizungen durch das Mittel selbst, wenn es nicht zu stark aufgestreut wurde, sondern nur so, daß es die ulcerirte Stelle eben verdeckte. Ferner behandelte E. 8 Fälle von Ulcus cruris mit Europhen. Auch hier wirkte das Mittel sehr gut und hat mindestens die gleichen Erfolge aufzuweisen, wie das Jodoform. Die Anwendungsweise des Europhen in diesen Fällen war die, daß das Medicament nach vorheriger Reinigung des Geschwürs mit 3proc. Carbollösung in Pulverform dünn über den ganzen Geschwürsgrund gestreut, das Ganze mit einfacher Gaze austamponirt und dann ein ziemlich fester Verband angelegt wurde. Die Secretion wurde in allen Fällen bald spärlicher und gesunder, die Granulation frischer und die Geschwüre verkleinerten sich schnell, auch wenn sie ziemlich große Ausdehnung hatten und torpide Ränder aufwiesen. Ein solcher Verband wurde je nach der Reichlichkeit der Secretion entweder alle Tage oder alle zwei Tage erneuert. Auch 5 Fälle von Scrophuloderma und 7 Fälle von Lupus exulcerans vernarbten unter Anwendung von Europhen, das hier theils in Pulverform, theils in 1—3proc. Salbe angewandt wurde. Einen guten Heilerfolg erzielt man auch mit dem Europhen bei den in Verbindung mit Gonorrhoe bei Frauen so häufig vorkommenden Erosionen und Ulcerationen der Portio vaginalis uteri.

— Dr. JUL. ROSENTHAL macht in Nr. 1 des „Centralbl. f. klin. Medicin" eine vorläufige Mittheilung über die **Ausscheidung subcutan injicirten Morphiums durch den Speichel**. Die Untersuchungen an Patienten, denen nur aus therapeutischen Gründen Morphium applicirt wurde, wobei die tägliche Gabe selbst bei chronischen Kranken die Menge von 5 Cgrm. nicht überschritten hat, ergaben, daß der Speichel nicht unbeträchtliche Mengen von Morphium enthält. Dabei hat sich gezeigt, daß das Morphium eine Art cumulativer Wirkung im Körper entfalten kann. Bei Patienten nämlich, die im Beginne der Behandlung mit schwächeren Injectionen (0·01) keinerlei Reaction zeigten, trat dieselbe stets am 3. oder 4. Tage — bei Darreichung der gleichen Morphiummenge — auf; umgekehrt verschwand die Reaction oft erst am 2. oder 3. Tage nachdem dem Morphium ein anderes Narcoticum (kein Opiat) substituirt worden war. Es handelte sich nur um die Entscheidung der Frage, ob das im Magen nach Ausheberung constatirte Alkaloid wirklich im Magen ausgeschieden und nicht blos durch den Speichel in diesen hinabgeflossen ist. Es wurde daher folgender Versuch angestellt: Die Kranken mußten sämmtlichen Speichel nach der Injection sorgfältigst aufsammeln, bis nach einer halben Stunde der Mageninhalt ausgehebert wurde. Es zeigte sich hiebei die auch im Erbrochenen constatirte Thatsache, daß der ausgeheberte Mageninhalt eine stärkere Morphiumreaction zeigte, als der in der Vorperiode abgesonderte, nicht in den Magen gelangte Speichel und somit wird bewiesen, daß der dem Mageninhalte eventuell beigemischte Speichel einen nennenswerthen Einfluß auf das Auftreten der fraglichen Reaction im Magen nicht haben kann. Schließlich weist Verf. darauf hin, daß bei Verdacht auf Morphiumintoxication der Gerichtsarzt oder -Chemiker den jedenfalls leichter als Mageninhalt zu erlangenden Speichel mit Aussicht auf Erfolg zum Gegenstande seiner Untersuchungen machen kann.

— C. ZIEM empfiehlt in Nr. 10 der „Monatschr. f. Ohrenheilkunde" folgende **Behandlung der paraauriculären Abscesse und der acuten Mittelohreiterung**, deren er sich mit Erfolg bei Phlegmonen der Extremitäten, bei Abscessen der Brustdrüse, des Perineums, des Rückens, Nackens, Halses, der Lider und Gesichtshaut, sowie der paraauriculären Gegend bedient. Man läßt einen Theelöffel voll rohen, nicht gereinigten Honigs mit 1—1½ Theelöffel Roggenmehl zu einem steifen Brei zusammenkneten, streicht denselben dann auf einen leinenen Lappen recht dick, bis fingerdick auf und umwickelt oder bedeckt die erkrankte Stelle im vorliegenden Falle, also die ganze Ohrgegend hiemit; darüber kommt eine tüchtige Lage Watte und eine Binde oder ein dreieckiges Tuch. Nach 5 oder 6 Stunden wird der Brei mit warmem Seifenwasser abgewaschen und dann von Neuem verbunden. Man fährt so fort, bis deutliche Fluctuation vorhanden ist. Nun macht man eine recht breite Incision, schwemmt, ohne die Wundränder mit den Fingern zu quetschen, mittelst der MAYER'schen Druckpumpe und warmer Borax- oder Seifenlösung den Eiter möglichst gründlich heraus und legt die Honigpaste von Neuem auf, um sie nach 6 Stunden oder etwas später abermals zu erneuern. So fährt man ein paar Tage fort, worauf der Absceß meistens geheilt ist. Die Wirksamkeit des Verfahrens beruht darauf, daß a) der Verband sich sehr allmälig erwärmt, wobei der Infiltration oder dem Abscesse in gleichmäßiger und stetiger Weise Wärme entzogen wird, mehr gleichmäßig und stetig, als dies bei anderen, auch bei den PRIESSNITZ'schen Umschlägen der Fall ist; b) auf der wasserentziehenden Wirkung, welche der Zucker auf die seröse oder eiterige Infiltration der Gewebe ausübt. Man nehme rohen, ungereinigten Honig, der wirksamer ist, als das Mel depuratum der Apotheken. Es ist von Bedeutung, den Verband mit einer dicken Schicht Watte zu umgeben, da die Abkühlung sonst eine zu starke wird. Auch acute Eiterungen, die mit starker Pulsation der Schleimhaut oder selbst mit heftigem Schwindelgefühl einhergingen, sind bei 1—3wöchentlicher Behandlung mit vollkommener Restitution des Trommelfelles und der Hörschärfe geheilt worden. Es ist von Vortheil, wenn die Paste oder selbst der unvermischte Honig mit der entzündeten Schleimhaut in unmittelbare Berührung kommt, was man einfach durch Lagerung des Kranken auf die entgegengesetzte Körperseite erzielt, wobei die allmälig sich erwärmende Substanz in's kranke Ohr hineinläuft. Auch bei Furunkeln des Gehörganges leistet der Honigbrei oft gute Dienste.

— LECORCHÉ und TALAMON machen in Nr. 4 der „Méd. mod." auf den **Mißbrauch der Milchdiät bei Albuminurie** aufmerksam. Gewöhnlich wird jedem Kranken mit Albuminurie sofort strenge und ausschließliche Milchdiät empfohlen. Dieser Mißbrauch beruht auf der Anschauung, daß die Milch ein vollständiges Nahrungsmittel ist. Richtig aber ist, daß die Milch zwar ein vollständiges Nahrungsmittel abgibt, daß aber die Milchdiät keine hinreichende Ernährung ermöglicht. Denn wenn man bedenkt, daß 1 Liter Milch durchschnittlich 37—40 Grm. Eiweißkörper, 50 Grm. Fett und 40 Grm. Kohlehydrat enthält und die Tagesration eines Erwachsenen 125—130 Grm. Stickstoffnahrung, 100 Grm. Fett und 300 Grm. Kohlehydrate bildet, so ersieht man, daß bei Einnahme von 3 Liter Milch zwar die genügende Menge Stickstoff und Fett, aber nur die Hälfte der nothwendigen Kohlehydrate zugeführt wird. Nimmt man nun an, daß die erheblichere Menge von Fett und Eiweißkörper das Deficit von Kohlehydraten zu decken vermag, so müßte man täglich 4 Liter einnehmen, um die nothwendigen Bedürfnisse zu decken. Welcher menschliche Magen ist im Stande, auf die Dauer diese Menge Milch ohne Widerwillen zu nehmen? Daraus folgt, daß der Kranke entweder die nothwendige Milchdosis auf die Dauer nicht nehmen wird, oder wenn er sich strenge an die ihm auferlegten Vorschriften hält, er sehr bald Magen-Darmstörungen bekommen wird; in beiden Fällen ist eine ungenügende Ernährung, Erschöpfung und Anämie zu erwarten. Die Milchdiät bildet vielleicht eine genügende Ernährung für den bettlägerigen Kranken, nicht aber für den aufrecht thätigen. Nun sind aber ¾ der an Albuminurie Leidenden Monate und Jahre hindurch aufrecht und thätig. Verordnet man also einem solchen Kranken Milch, so muß dieselbe nicht als Nahrungsmittel, sondern als Medicament betrachtet werden. Im Allgemeinen ist es nach diesen Autoren ein Unsinn, die Milchdiät im Remissionsstadium des Morbus Brightii zu verordnen bei Kranken, welche keine andere Störung als Vorhandensein von Eiweiß im Harne zeigen, wenn die Harnmenge höher ist als die gewöhnliche oder sogar normal oder wenn die Harnstoff- und Harnsäureausscheidung sich in normalen Grenzen hält. Hat man einmal durch die Milchdiät die acute Reizung der Niere beruhigt, und hat man durch die Polyurie die Gefahr von Anhäufung von excrementiellen Stoffen im Blute vermieden, so wird man trotz des fortgesetzten Gebrauches von Milch die Albuminurie nicht vollständig zum Schwinden bringen. Zur Stütze dieser Ansicht führen die Verfasser einige Krankengeschichten an, bei welchen in 4 Fällen die langdauernde Milchdiät nutzlos blieb, in 2 Fällen sogar schädlich war. Die Milchdiät ist daher nur dort angezeigt, wo es sich darum handelt, die Harnsecretion anzuregen, also in erster Reihe bei acuter Nephritis aus welcher Ursache immer, in zweiter Reihe bei acuten Exacerbationen des Morbus Brightii. Selbst in diesen Fällen muß man rechtzeitig aufhören; man darf nicht um jeden

Preis jede Spur von Eiweiß durch die Milchdiät zum Verschwinden bringen wollen; im Allgemeinen hat man durchschnittlich nach 8—14 Tagen mit der Milch das, was man erreichen wollte, erzielt. Im Stadium der Remission des Morb. Brightii, wenn die Nierenfunction bis auf die Albuminurie eine zufriedenstellende ist, ist die Milchdiät unnöthig. Schließlich ist dieselbe bei minimalen Albuminurien, die mit Uricacidämie, eventuell mit Gicht oder mit Ueberresten von acuten Infectionskrankheiten verbunden ist, nicht nur unnöthig, sondern sogar schädlich, weil sie zu schweren Verdauungs- und Ernährungsstörungen führt.

## Verhandlungen ärztlicher Vereine.

# K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 27. Januar 1893

**BILLROTH** demonstrirt einen Fall von Carcinom, welches sich spontan zu einer „Krebsnarbe" zurückgebildet hat. Der Fall betrifft eine 50jährige Frau, bei welcher zuerst vor 7 Jahren im Bereich der Mammilla ein Knoten aufgetreten war, der allmälig zu Apfelgröße heranwuchs. Die Mammilla wurde schwärzlich, vertrocknete und fiel schließlich mumificirt ab. Seit zwei Jahren bemerkte nun Pat. ein Kleinerwerden des Tumors, und gegenwärtig verräth nur ein härtlicher Rand rings um die Narbe das geschrumpfte Carcinom. BILLROTH demonstrirt in einer Reihe von Abbildungen ähnliche Schrumpfungsprocesse bei Neoplasmen und bemerkt, daß er eine derartige Schrumpfung bei Sarcomen niemals beobachten konnte.

STÖRK erwähnt im Anschluß daran eines Falles von Epithelialcarcinom der Tonsille, welches vollständig spontan verschwand. In diesem Falle trat aber nach einem Jahre ein Recidiv auf, welches die Kieferresection nothwendig machte.

KUNDRAT weist noch auf eine andere Art von Neoplasmen hin, welche, allerdings nicht sehr häufig, einem Schrumpfungsprocesse unterliegen, nämlich auf die Lymphosarcome, und hält es nicht für ausgeschlossen, daß es sich in dem Fall STÖRK's um eine derartige Neubildung gehandelt habe.

v. SCHRÖTTER bemerkt, daß der Fall STÖRK's $1\frac{1}{2}$ Jahre in seiner Beobachtung gestanden habe und einer Arsencur unterzogen wurde. Er ist geneigt, letzterer eine gewisse Bedeutung für den Schrumpfungsproceß zuzuschreiben.

KAPOSI ist der Ansicht, daß Fälle von sich überhäutendem Krebs, besonders serpiginösem Epithelialkrebs, von den Dermatologen relativ häufig gesehen werden.

**RIEHL** stellt einen Fall von Angiom der Zungenhälfte vor. Der Tumor besteht bei dem 22jährigen Pat. schon seit Kindheit und substituirt die ganze linke Zungenhälfte. Der Tumor fühlt sich ziemlich derb an, weshalb RIEHL annehmen zu können glaubt, daß sich in der Tiefe Thromben gebildet und organisirt haben. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab zweifellos ein Angioma simplex. Durch Punction wurden circa 2 Ccm. Blut entleert.

WEINLECHNER bemerkt hiezu, daß dies nicht das gewöhnliche Bild des Angioms der Zunge sei.

**LATZKO** macht eine vorläufige Mittheilung über die Anwendung des von v. HEBRA in die Therapie eingeführten Thiosinamins bei gynäkologischen Fällen. Zur Verwendung kam die 15procentige alkoholische Lösung, die Dosis betrug 1—4 Theilstriche. Das Material bestand aus 40 Fällen, u. z. Adnexentumoren, perimetritischen und salpingitischen Erkrankungen und fixirten Retroflexionen. Es handelte sich darum, die von v. HEBRA angegebene narbenlösende Wirkung des Thiosinamins zu erproben. Die noch nicht abgeschlossenen Versuche haben bisher ergeben, daß subjectiv ein wesentlicher Erfolg erzielt wurde. Die Pat., welche durchaus arbeitsunfähig waren, gaben schon nach kurzer Zeit eine Besserung ihrer Beschwerden an, und sind heute größtentheils arbeitsfähig. Objectiv konnte nachgewiesen werden, daß in einer Reihe von Fällen die früher fixirten Retroflexionen relativ leicht aufzurichten waren und daß die Adnexentumoren theilweise eine ganz bedeutende Verkleinerung erfahren haben.

**ORTNER: Die Lungentuberculose als Mischinfection.**

Die Untersuchungen, welche O. zum Studium der Frage, inwieweit bei den verschiedenen tuberculösen Processen der Lunge lediglich die Tuberkelbacillen oder auch noch andere Mikroorganismen in Frage kommen, anstellte, bezogen sich auf 61 Fälle, u. zw. 31 frische und ältere Bronchopneumonien bei chronischer Granulartuberculose, 5 käsige Pneumonien, eine frische Lappenpneumonie bei chronischer Spitzentuberculose, 15 einfache, chronische Granulartuberculosen und 9 Fälle von acuter und subacuter Miliartuberculose.

Die histologische Untersuchung ergab in allen Fällen von Pneumonie, daß es sich um echte, zellige, fibrinöse Pneumonie handelte. Die Fälle von anscheinend uncomplicirter chronischer Granulartuberculose lehrten, daß es sich nicht blos um die Bildung von Tuberkelknötchen handelte, sondern, daß stets auch entzündliche Vorgänge in der Umgebung derselben vorlagen. Dasselbe zeigte sich bei der Miliartuberculose.

Die bacteriologische Untersuchung, welche sich auf das Culturverfahren und auf die Untersuchung des Gewebes auf verschiedene Mikroorganismen bezog, ergab einen Mikrococcus, welcher eine Mittelstellung zwischen Diplococcus pneumoniae und dem Streptococcus pyogenes einnimmt, einen Mikrococcus pneumoniae, welcher jede beliebige Variante zwischen diesen beiden einhalten kann.

Bei den Bronchopneumonien fand sich stets im entzündlich veränderten Gewebe dieser Micrococcus pneumoniae, in den Tuberkelknötchen und käsigen Herden hingegen der Tuberkelbacillus. O. glaubt, daß der Tuberkelbacillus allein nicht die Ursache der pneumonischen Veränderungen bei Lungentuberculose sein könne, er ist vielmehr der Ansicht, daß die Bronchopneumonien direct durch den Micrococcus pneumoniae bedingt seien. Der Tuberkelbacillus bringe das pneumonisch inficirte Gewebe zur Verkäsung. Vortr. spricht daher von tuberculinisirter, confluirter Pneumonie. Aehnliche Verhältnisse bestanden bei den übrigen untersuchten Fällen, so daß O. der Ansicht ist, daß es sich in der That um eine Mischinfection handle. Ba.

# Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Wissenschaftliche Versammlung vom 23. Januar 1893.

**HEINRICH WEISS** stellt einen seltenen Fall von Aplasie der rechten Beckenhälfte und der rechten unteren Extremität mit Sclerodermie vor, zu welchem BENEDIKT einige Bemerkungen macht. Die Mittheilung über diesen Fall erscheint demnächst ausführlich.

**LUDWIG MAUTHNER: Augenerkrankungen bei Diabetes.**

Vortr. bemerkt zunächst, daß er trotz seiner reichen oculistischen Erfahrung nur über sehr spärliche Beobachtungen von diabetischen Augenerkrankungen verfüge, und daß er selbst in Karlsbad, wo er während einiger Zeit eine große Reihe von Diabetikern zu Gesichte bekam, keinerlei mit dem Diabetes direct zusammenhängende Augenaffectionen constatiren konnte, es wäre denn das Auftreten von Streifen in der Linse bei alten Individuen. Aber diese Streifen kommen überhaupt bei Individuen über 60 Jahren ziemlich häufig vor, und sie sind durch ihre Localisation ganz besonders ausgezeichnet. Sie finden sich stets im medianen unteren Quadranten der Linse.

Bezüglich der Frage, welches die Momente sind, denen bei Diabetes eine Einwirkung auf das Sehorgan zugeschrieben werden kann, zieht M. zunächst die Möglichkeit der Wasserentziehung und des Gehaltes der Gewebe an Zucker heran. Aber die bisherigen Untersuchungen auf diesem Gebiete sind wenig beweiskräftig und es fragt sich überhaupt, ob denn wirklich die Cataractbildung eine so häufige Theilerscheinung des Diabetes ist. Diese Angabe rührt von GRAEFE her und beruht darauf, daß er im Jahre 1858 angab, er habe bei Diabetikern in circa $\frac{1}{4}$ der Fälle Cataract gefunden. Dieser Ausspruch wurde seither in liebevoller Weise stets nachgedruckt, er bedarf aber einer historischen Richtigstellung. Wie

nämlich aus einer genaueren Publication aus jener Zeit hervorgeht, verfügte GRAEFE über 7 oder 8 Fälle von Cataracta bei alten Diabetikern, davon nur 2 aus der eigenen Praxis, die übrigen in den Spitälern. Er hat also damals im Ganzen 28 oder 32 Fälle von Diabetes gesehen, was gewiß zu keinem Schluß berechtigt. Die späteren, größeren Statistiken geben schon unvergleichlich niedrigere Zahlen an. Auch die Angabe HIRSCHBERG's, daß bei keinem Diabetes, der länger als 10 Jahre dauere, eine „gewisse Trübung" der Linse ausbleibe, ist zu vage, als daß sie von einer Cataracta diabetica zu sprechen berechtigte. M. selbst kennt eine ganze Reihe von schweren Diabetesfällen, welche schon älter als 10 Jahre sind und durchaus keine Linsenerkrankung zeigen. Wenn überhaupt bei Diabetes Cataract auftritt, so ist der Verlauf genau derselbe, wie bei seniler Cataract. Nach seinen Erfahrungen sieht Redner keinen zwingenden Grund zur Annahme, daß die Cataract älterer Individuen überhaupt von Diabetes abhängig sei. Was aber die Cataracta diabetica bei jugendlichen Individuen betrifft — Vortr. hat circa 5 derartige Fälle im Ganzen gesehen — so kann dieselbe nicht mit der specifischen Zuckererkrankung, sondern muß mit dem schweren Marasmus und der Ernährungsstörung in Zusammenhang gebracht werden, denn sie tritt nur in solch äußerst vorgeschrittenen Fällen auf.

Als die zweite Möglichkeit der Entstehung von Augenerkrankungen bei Diabetes führt M. die vielleicht durch Autointoxication bedingte erhöhte Zerreißlichkeit der Gefäße an, welche zu Blutungen im Auge, im Nervus opticus und im Gehirne und dadurch zu Sehstörungen führen können. M. gibt deren mögliches Vorkommen zu, er selbst hat sie aber nie beobachtet. Auch die dritte Art, daß durch eine eventuelle toxische Substanz Entzündungen und Degenerationen hervorgerufen werden, hat nur ein äußerst geringes Beobachtungsmaterial, auf das hin diabetische Iritiden, Cyclitiden u. s. w. beschrieben wurden, zur Grundlage. In eine vierte Kategorie rechnet M. Fälle, wo es sich herausstellte, daß die Augenerkrankung offenkundig mit Diabetes nichts zu thun hatte, daß z. B. eine Compression des Sehnerven durch einen Hirntumor bei einem Diabetiker Erblindung hervorgerufen hatte.

Eine besondere Besprechung widmet der Redner der Amblyopia diabetica. Er verfügt über 5 genau untersuchte Fälle dieser Sehstörung, eine Zahl, die bei der Seltenheit der Affection als eine sehr große bezeichnet werden muß. Das Bild der diabetischen Amblyopie deckt sich vollständig mit dem Bilde der Tabaks- oder Alkoholamblyopie. Die erwähnten 5 Fälle boten nun die Merkwürdigkeit, daß sie sich insgesammt als Raucher- oder als Alkoholamblyopie herausstellten, daß 4 davon sich in Karlsbad verschlechterten, und daß alle durch eine Abstinenztherapie geheilt wurden. M. wäre geneigt, die diabetische Amblyopie vollständig zu leugnen, wenn nicht S. KLEIN einen bisher unpublicirten Fall von hochgradiger Amblyopie bei einem 18jährigen Diabetiker, bei welchem Tabaks- und Alkoholamblyopie angeblich ausgeschlossen sein soll, beobachtet hätte. Ba.

---

# Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 18. Januar 1893.

Vorsitzender: Dr. HERZ. — Schriftführer: Dr. SCHLESINGER.

## I. G. SINGER demonstrirt einen Fall von Spontangangrän bei einer Hysterischen.

(Erscheint in extenso.)

DRASCHE bemerkt hiezu, daß er bei der letzten Influenza-Epidemie zwei Fälle von Spontangangrän an den Fingerspitzen beobachtet habe.

## 2. Discussion über den Vortrag des Prof. Dr. R. v. BASCH: Ueber Compensation am Herzen. [1])

DRASCHE: Ich habe mich seit mehreren Decennien mit der Compensation der Herzfehler befaßt und insbesondere die diesbezüglichen Verhältnisse bei Aorteninsufficienzen, welche auch zur Obduction gelangten, studirt; ich habe über 100 derartige Fälle gesammelt.

[1]) Unter den Originalien der heutigen Nummer enthalten.

Es ist bekannt, daß Herzfehler, besonders Aorteninsufficienzen, oft viele Jahre ohne Beschwerden getragen und erst zufällig vom Arzte entdeckt werden können. Die Insufficienz einer Aortenklappe schädigt nicht den Kreislauf; bei solchen Menschen kann man höchstens davon sprechen, daß eine vorzeitige Vergeudung der Herzkraft stattfinde; anders bei der Stenose.

Ueber den Ausdruck „Compensation" kann viel gestritten werden; ich muß nach meiner Ansicht, welche mit der von BREISKY und JAKSCH übereinstimmt, mich dahin aussprechen, daß speciell bei Aorteninsufficienz eine Compensation durch die Klappen selbst stattfindet. Wenn Sie die Aorta eines an Typhus oder Pneumonie Verstorbenen betrachten, so finden Sie oft, daß die Klappen viel zu groß sind, indem jede fast die Hälfte des Ostium aortae verdecken kann. Ich habe durch längere Zeit Messungen an den Aortenklappen vorgenommen und gefunden, daß selten eine Klappe dieselbe Spannweite hatte wie die andere; sowohl in Bezug auf Größe, als auch auf die Tiefe können sehr bedeutende Variationen stattfinden. Wenn Sie zahlreiche Messungen bei Aorteninsufficienzen vornehmen, so werden Sie in der Regel eine Klappe nicht vergrößert finden, während die anderen je nach dem Grade ihrer Elasticität durch den Aortendruck so ausgedehnt sind, daß sie um das 2—3fache vergrößert sind und die entstandene Lücke verkleinern. Ich habe Fälle gesehen, wo die Klappen theilweise verkalkt waren. Man kann unter solchen Umständen von einer Heilung der Aorteninsufficienz sprechen; JAKSCH, FRÄNKEL und ich haben derartige durch Obduction bestätigte Fälle publicirt. Mit dem allgemeinen Ausdrucke „Compensation" ist nichts gesagt, man kann aber die Frage aufwerfen, ob am Lebenden solche Heilungen (Klappencompensationen) zu diagnosticiren sind. Sichere Anhaltspunkte kann ich nicht geben, im Allgemeinen habe ich aber gefunden, daß, wenn die Diastole gleich mit einem Geräusche beginnt, die Klappencompensation auszuschließen sei, wenn aber ein Ton vorangeht, dann findet man noch die eine oder andere Klappe erhalten. In einer anderen Gruppe von Fällen kann gerade durch eine solche Aenderung der Klappen der Zustand verschlimmert werden, indem sich die Klappen abtrennen. Ich will Ihnen mehrere derartige Fälle demonstriren (Demonstration). Andererseits will ich Ihnen folgendes Herz demonstriren: Es stammt von einem Falle, bei welchem von SCHRÖTTER, BAMBERGER und von mir die bestimmte Diagnose einer Aorteninsufficienz gestellt worden war; zwei Jahre später konnte ich bei einer neuerlichen Untersuchung des Herzens kein Geräusch wahrnehmen; die Section ergab, daß die linke Aortenklappe auf mehr als 4 Cm., also auf mehr als das Doppelte einer normalen ausgedehnt war. In einem anderen Falle war die Schlußfähigkeit durch eine bedeutende Erweiterung von zwei Aortenklappen bedingt; ähnliche Verhältnisse finden Sie in einem dritten Falle (Demonstration). Man muß also stets diese Veränderungen an den Klappen sich vor Augen halten, welche eine höchst bedeutsame Rolle spielen, bisher aber nur wenig berücksichtigt worden sind. Ich stehe auf dem Standpunkt von BASCH, und es wäre nur zu wünschen, daß der Ausdruck „Compensation" mit größerer Vorsicht gebraucht würde. Auch bei der Mitralinsufficienz kommt es zu keiner Compensation, denn ich habe nur äußerst selten die Diagnose einer reinen Mitralinsufficienz stellen können, ohne daß gleichzeitig eine Mitralstenose vorhanden gewesen wäre; die Papillarmuskeln sind atrophirt oder hochgradig verändert, so daß der Ventrikel nicht im Stande ist, seine Arbeit zu leisten.

v. BASCH: Die neue Auffassung DRASCHE's einer Heilung der Aorteninsufficienz verdient besser den Namen einer Reparatur; die Compensation erfolgt hier durch die Klappen und nicht durch eine Mehrleistung des Ventrikels. Bei meinen Ausführungen, welche sich auf Fehler der Mitralis bezogen, habe ich betont, daß der Effect eines solchen Fehlers gleichzusetzen ist der Insufficienz des Ventrikels selbst. Die Blutmenge, welche aus dem linken Vorhofe in den linken Ventrikel gelangt, wird nicht völlig zur Füllung des Arteriensystems verwendet, sondern gelangt zum Theile in den linken Vorhof zurück. Die Verhältnisse der Aorteninsufficienzen lassen sich nicht damit vergleichen, denn die Schädlichkeit liegt hiebei außerhalb des Herzens, das Herz als solches wird nicht betroffen, sondern nur das Arteriensystem schlechter gefüllt. Von einer Schädigung des Herzens könnte erst gesprochen werden wenn nicht die gesammte Menge des Vorhofblutes in das Gefäßsystem getrieben wird; deshalb wird auch die Aorteninsufficienz gut vertragen. Nach bisher noch nicht publicirten Untersuchungen Dr. KORNFELD's in meinem Laboratorium sinkt bei vorsichtiger Erzeugung einer Aorteninsufficienz der Druck in der Aorta und nicht, wie ROSENBACH annimmt, im linken Vorhofe, d. h. von einer Behinderung der Communication vom linken Vorhofe in den linken Ventrikel ist keine Rede. Man kann also die Verhältnisse ganz gut von diesem Standpunkte aus betrachten und fragen: Wie ist es gut und bleibt es gut? und nicht: Wie wird es schlechter? Die Hypertrophie hier einzuführen, ist überflüssig. Ich stehe mit diesen Ansichten auf dem Standpunkte der Alten und bin kein Reformator auf diesem Gebiete.

Wir können uns bei Herzfehlern immer nur denken, daß die Aenderungen so gering sind, daß keine Störungen hervorgerufen werden, weitere Vorstellungen und Betrachtungen, ob Compensation vorhanden oder nicht, liegen außer dem Bereiche unseres Wissens. SKODA hat ja dieselbe Ansicht vertreten. Wir können nur sagen, wenn im linken Vorhofe der Gegendruck nicht groß ist, so kann es auch nicht zu einer Drucksteigerung in der Pulmonalis kommen. Ich wiederhole, daß meine Auffassung nicht neu ist, sondern mit der der älteren Autoren im Einklang steht.

(Schluß der Discussion folgt.)

## Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 13. Januar 1893.

### v. JAKSCH: Ein Fall von Ausscheidung von Fibringerinnseln aus der Niere.

Abgang von Fibrinmassen aus den Respirationsorganen wird relativ häufig beobachtet. Bei croupöser Pneumonie gelingt es, selbe fast regelmäßig nachzuweisen, und Redner demonstrirt ein Präparat von baumförmigen Fibringerinnseln, gewonnen von einem auf seiner Klinik vorgekommenen Falle von Pneumonie des Mittellappens der rechten Lunge. Desgleichen werden bei Bronchitis fibrinosa chronica oder beim chronischen Bronchialcroup ziemlich häufig solche Fibrinmassen ausgeworfen. (Demonstration eines solchen Präparates, das von einem an dieser Affection leidenden 22jährigen Mädchen stammt.)

Fibrinausscheidungen im uropoëtischen Systeme wurden bisher nur bei Tuberculose oder Croup des Nierenbeckens gefunden. Die sogenannten Fibrincylinder, welche bei gewissen Nierenkrankheiten mit dem Harne ausgeschieden werden, bestehen nach den Untersuchungen BARDA's nicht aus Fibrin, auch nicht aus Albumin, sondern aus einer bisher chemisch noch nicht näher untersuchten Eiweißart und es können deshalb solche Fälle nicht als Fibrinurie betrachtet werden.

Einen bisher in der Literatur ohne Analogie dastehenden Fall, bei welchem es zur Ausscheidung von chemisch nachgewiesenem Fibrin mit dem Harn kam, ohne daß Diphtherie oder Tuberculose des uropoëtischen Systemes bestand und auch Hämaturie und Chilurie auszuschließen war, hat v. JAKSCH auf seiner Klinik beobachtet.

Es handelte sich um einen 39jährigen Mann, der mit Ausnahme einer vor acht Jahren mit Fieber, Icterus und Erbrechen einhergegangenen acuten Erkrankung stets gesund gewesen ist. Am 28. April 1892 kam derselbe mit Fieber und Leibschmerzen auf die Klinik des Vortragenden. Hier constatirte man Druckschmerzhaftigkeit in der Nierengegend und Zeichen einer acuten Nephritis: hohes specifisches Gewicht, Eiweiß, rothe Blutkörperchen u. s. w. In den nächsten Tagen konnte man in der linken Nierengegend eine deutliche, später noch zunehmende Resistenz wahrnehmen. Am 1. und 2. Mai änderte sich plötzlich das Verhalten des Harnes. Derselbe wurde ammoniakalisch entleert und enthielt verfettete Leukocyten, Hämatoidinkrystalle, Harncanälchen und Nierenbeckenepithelien und als sehr merkwürdigen Befund zahlreiche, reich verästelte Fibringerinnsel (Demonstration des Präparates). Echinococcushäkchen konnten weder an diesem, noch an dem in den folgenden Tagen ausgeschiedenen Harne nachgewiesen werden. Vom 3. Mai ab nahm das Fieber, die Nierengeschwulst und die Fibrinausscheidung stetig ab und bei der Entlassung am 14. Mai waren im Harne nur noch spärliche Cylinder als einziger pathologischer Befund nachweisbar. Bei seiner letzten Vorstellung am 22. October konnte ein vollständig normaler Harnbefund nachgewiesen werden.

Bezüglich der Diagnose dieses Falles glaubt Redner aus dem plötzlichen Beginn unter Fieber und Schüttelfrösten, dem Auftreten von verfetteten Leukocyten, Hämatoidinkrystallen, Harncanälchen und Nierenbeckenepithelien auf einen Absceß in der linken Niere schließen zu müssen, dessen Ursache wahrscheinlich eine Echinococcusblase gewesen sei. Das Fehlen von Haken beweise nichts gegen diese Annahme, indem in vielen Fällen bei der Section Echinococcen in den Nieren gefunden werden, ohne daß intra vitam Theile dieser Parasiten nachgewiesen werden konnten. Dazu sei eine auf die linke Niere beschränkte acute Nephritis gekommen. Die Ausscheidung des Fibrins konnte nur in den Nierencanälchen stattgefunden haben, weil an den Gerinnseln Nierencanälchenepithelien hafteten. Die relative Dicke selbst der kleinsten Verästelungen erklärt Redner dadurch, daß es sich wohl zuerst um einen Verschluß einer oder mehrerer Nierenepithelien gehandelt habe und in den consecutiv erweiterten Nierencanälchen die Fibrinexsudation stattgefunden habe. —z.

## Berliner medicinische Gesellschaft.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 17. Januar 1893.

**JAMES ISRAEL** demonstrirt das Präparat eines sehr frühzeitig diagnosticirten und exstirpirten Nierentumors. Derselbe stammt von einem sechsjährigen Mädchen, welches seit dem September v. J. viermal von Hämaturie befallen wurde. Die cystoskopische Untersuchung ließ die Niere als Sitz der Blutung erkennen. Bei einer Untersuchung des Kindes am 22. October konnte Redner in der Inspiration den unteren Pol der Niere umfassen und ihre Oberfläche abtasten, ohne indeß eine pathologische Veränderung des Organes constatiren zu können. Eine erneute Untersuchung zwei Monate später ergab dreierlei Veränderungen und ließ sicher feststellen. 1. daß die linke Niere etwas größer war, als die rechte, 2. daß die Oberflächenkrümmung des Organes an der Vorderfläche im mittleren Theil der Niere nicht der Norm entsprach, 3. daß der Diameter anterior posterior dieser Niere an Consistenz verändert war. Auf Grund dieses Befundes wurde die Niere freigelegt; es fand sich eine exacte Bestätigung des schon vorher constatirten Status. Bei der Palpation hatte Redner den Eindruck, als ob in der Tiefe der Niere ein harter Kern von etwa Haselnußgröße stecke. Beim Einschneiden auf diese Stelle quollen in der Tiefe von 4 Mm. sofort Trümmer einer gehirnmarksähnlichen Substanz hervor. Exstirpation der Niere, seit dem Wohlbefinden des Kindes. Der haselnußgroße Tumor der Niere, der sich als weiches Sarkom erwies, setzt sich in einen Kelch fort und von dort aus polypös frei in's Nierenbecken.

**LASSAR** stellt eine ältere Patientin vor, die mit flachem Hautkrebs des Gesichtes in seine Behandlung kam und durch eine rationelle Behandlung mit Solut. Fowleri vollständig geheilt worden ist. Die Heilung hält seit Anfangs December an. Seit dem Jahre 1889 hat Redner mehrere Fälle von atypischer Epithelialwucherung mit innerlicher Arsenikdarreichung, eventuell combinirt mit subcutanen Injectionen, in gleich günstiger Weise zur Heilung gebracht.

### SILEX: Ueber kalte und warme Umschläge.

Redner hebt einleitend hervor, daß gerade der praktische Arzt kaum eine andere Medication häufiger in Anwendung zieht, als kalte und warme Umschläge und sich in seinen Entschließungen in dieser Beziehung mehr von den schulgemäßen Lehren, als von physiologischen Erwägungen leiten läßt. Der Umstand, daß sowohl die Anwendung der Kälte wie die der Wärme schließlich zur Heilung führt, läßt annehmen, daß im Ganzen bei vielen Processen die Temperatur gleichgiltig ist. Indessen gibt es auch Fälle, die, praktisch von Bedeutung, sich schwer beantworten lassen. Soll man z. B. gonorrhoische Blennorrhoe der Conjunctiva nach Auftreten eines Hornhautgeschwüres mit Eiscompressen weiter behandeln oder nicht? Solche Fragen, für welche Redner in den gebräuchlichen Lehrbüchern der Physiologie vergebens eine Antwort suchte, veranlaßten ihn zu eigenen Untersuchungen über die Einwirkung verschiedener Temperaturgrade auf einzelne Organe des Körpers, speciell des Auges. Zur Messung der Temperaturen in der Tiefe benutzte Redner thermoelektrische Elemente aus Kupfer und Eisen. Untersuchungsobjecte waren Kaninchen, Hunde und Menschen. Bei den Thieren wurde das Element in das Rectum, beim Menschen in den Mund gebracht und die relativen Zahlen der Temperaturschwankungen unter der Einwirkung der Kälte, beziehungsweise der Wärme festgestellt. Bei den Untersuchungen am menschlichen Auge handelt es sich immer um die Temperatur der unteren Uebergangsfalte. In der Mundhöhle fand er über der Zunge eine Temperatur von 36·9°, die der Conjunctiva gesunder Augen 1·51° geringer. Cocaïninstillation bewirkt eine Abkühlung von 0·7°. Augen mit entzündlichen Affectionen, wie acute catarrhalische Conjunctivitis etc. zeigten im Vergleich zum Munde nur eine Differenz von 0·89°; diese entzündeten Augen waren um 0·62° wärmer als die gesunden, aber immer noch kühler als die Mundhöhle.

Die vorgefundenen Temperaturen suchte Redner einerseits durch kalte Umschläge (Eiscompressen und Leitungswasser von 13°), andererseits durch warme Compressen meist zwischen 36—45° zu beeinflußen. Das Resultat war: Durch kalte Umschläge wird

**die Temperatur des Conjunctivalsackes erhöht, durch warme vermindert.** Eiscompressen bewirkten in einem Falle von gonorrhoischer Blennorrhoe mit Ulcus corneae nach 10 Minuten eine Temperaturerhöhung um 2·24°. Ein Sinken der Temperatur trat nach warmen Umschlägen ein, ebenso nach hydropathischen Verbänden.

Bei Thieren wurde die Temperatur in den verschiedenen Theilen des Auges festgestellt (in den Hornhautlamellen 29·59°, Vorderkammer 34·49°, Linse 36·55°, Glaskörpercentrum 36·06° etc.) und zweitens der Einfluß verschiedener Wärmegrade auf einzelne Höhlen des Körpers geprüft. Bei einem Kaninchen bewirkte eine auf das Abdomen aufgelegte Eisblase nach 5 Minuten eine Steigerung der Temperatur von 0·4° nach 15 Minuten von 0·63°. Bei einem Hunde, welchem die eine Elektrode durch eine kleine Trepanationsöffnung in das Großhirn gestoßen wurde, trat nach Application einer großen Eisblase auf den Schädel nach 5 Minuten eine Temperatursteigerung um 0·23°, nach 20 Minuten um 1·38° ein.

Die Versuchsreihe mit warmen Umschlägen bei Thieren ergab öfters widersprechende Zahlen, doch ist nach den Resultaten der menschlichen Conjunctiva anzunehmen, daß warme Compressen in nicht zu großer Ausdehnung und von kurzer Dauer in Temperaturen von Blutwärme und wenig darüber eine **Abkühlung** in den nicht weit unter der Haut gelegenen Organen hervorrufen, theils durch reflectorische Verlangsamung der Wärmeproduction, theils durch vermehrte Wärmeabgabe in Folge Erweiterung der Hautgefäße und Dehnung der Haut. Dagegen bedingt die Anwendung höherer Temperaturgrade, z. B. durch Vollbäder von 40°, in Folge der behinderten Wärmeabgabe durch Leitung eine Erhöhung der Temperatur um $2^1/_2$°. Das Umgekehrte ist bei der Kälte der Fall.

Diese Beobachtungen des Vortragenden müssen bei der Beurtheilung der Wirkung kalter, beziehungsweise warmer Umschläge berücksichtigt werden. Die dem bewußtlos daliegenden Apoplektiker aufgelegte Eisblase wirkt nicht, wie gewöhnlich gelehrt wird, calmirend und vorbeugend gegen Entzündungen und fernere Blutungen, da ja durch die Kälte die Temperatur im Cerebrum steigt, sondern sie erzeugt nur einen Hautreiz, wirkt erfrischend und vielleicht auch durch Vermehrung der Temperatur als Reizmittel. Bei blennorhoischer Conjunctivitis erscheinen theoretisch die Eiscompressen richtiger als die warmen, weil sie viel Blut und demnach Ernährungsmaterial zu der in ihrem Bestande gefährdeten Hornhaut hinschaffen. So wird bei Iritis durch warme Umschläge die Iris durch Ableitung des Blutes nach der Haut hin anämischer und durch die Anämie für die Erweiterung der Pupille durch Atropin ein unterstützendes Moment gegeben.

Besonders muß noch hervorgehoben werden, daß man weder durch irgendwelche Umschläge, noch durch hydropathische Verbände tiefer gelegene Theile, z. B. ein parametritisches Exsudat, beeinflussen kann, sondern daß immer nur Hautreize mit verschiedener subjectiver Empfindung ihre Wirkung entfalten.

Eine bestimmte Indication für die Anwendung der Wärme oder der Kälte läßt sich im Allgemeinen schwer aufstellen, vielmehr muß man in der Praxis mit Rücksicht auf das subjective Befinden des Kranken individualisirend vorgehen. Häufig wird der Krankheitsproceß sowohl durch die Wärme, wie durch die Kälte günstig beeinflußt werden, weil der Effect bei beiden immer nur durch eine Aenderung des Stoffwechsels bedingt ist. Als Norm läßt sich sagen: Die Application der Kälte auf die Haut ist in allen Fällen geboten, in welchen man das Blut von der Haut fernhalten und dadurch das erkrankte Organ blutreicher und ödematöser machen will, die Wärme wird sich dagegen in den Fällen empfehlen, wo es darauf ankommt, durch Ableitung des Blutstromes nach der Haut die Turgescenz und die Anschoppung zu beseitigen. Sowohl die Wärme wie die Kälte können, indem sie den Säftegehalt des Organes umgestalten, schmerzstillend wirken. —r.

# Notizen.

Wien, 28. Januar 1893.

## Otto Kahler †.

Ein tragisches Schicksal hat sich erfüllt. Auf der Höhe des Lebens, im kräftigsten Mannesalter, am Gipfel wissenschaftlicher und didactischer Laufbahn angelangt, ward er vom Tode gefällt, dessen Verlust die Wiener medicinische Hochschule, wie die Aerzte unserer Stadt aufrichtig und tief beklagen. In den wenigen Jahren, die OTTO KAHLER als Vorstand der II. medicinischen Klinik unter uns geweilt, hat er sich nicht nur die Liebe seiner Schüler, die Sympathie seiner Collegen, das Vertrauen seiner Kranken, sondern auch in hohem Maße die Achtung und Verehrung der praktischen Aerzte errungen, welchen er stets wohlwollend entgegengekommen ist.

Am 8. Jänner 1849 zu Prag geboren und 1871 daselbst promovirt, wirkte KAHLER zunächst als Assistent der Klinik HALLA, habilitirte sich 1878 an der Prager Universität als Privatdocent für innere Medicin und wurde 1882 zum außerordentlichen, 1886 zum ordentlichen Professor der speciellen medicinischen Pathologie ernannt. Als durch v. BAMBERGER's Tod ein Lehrstuhl der inneren Medicin an der Wiener Universität verwaist ward, fiel die Wahl auf den jungen, hoffnungsvollen Prager Ordinarius, und wurde KAHLER im Jahre 1889 nach Wien berufen, um die Leitung der Klinik zu übernehmen, an welcher OPPOLZER und BAMBERGER seine Vorgänger waren.

Die wissenschaftlichen Arbeiten KAHLER's, von welchen die gemeinsam mit A. PICK herausgegebenen Studien „Ueber combinirte Systemerkrankung des Rückenmarkes", „Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystemes" aus der Prager Epoche datiren, seine Darstellung der Histologie des Centralnervensystemes in C. TOLDT's Lehrbuch, seine Arbeiten über Fieber, Tabes, vor Allem aber die trefflichen Studien auf dem Gebiete der Neuropathologie, von welchen mehrere in diesen Blättern veröffentlicht wurden, sichern dem Verblichenen einen bemerkenswerthen Platz in der Geschichte der Medicin. Das eigentliche Feld seiner Thätigkeit war die Klinik. Die mustergiltige Darstellung der Einzelfälle, die akademische Form des Vortrages fesselten die Hörer mächtig und nachhaltig. Mit NOTHNAGEL und BAMBERGER besaß KAHLER die Gabe der vollen Beherrschung des Wortes, theilte er die begeisterte und begeisternde Hingabe für den Unterricht.

Man hat ihn lange vor seinem Tode nicht mehr gehört. Ein Zungencarcinom zwang ihn vor Monaten schon, seine Vorträge einzustellen, und unaufhaltsames Siechthum hat ihn dem Kreise seiner Familie, wie seiner Freunde, seinen Schülern wie der Schule nur allzu früh entrissen. Der letzte Lichtblick seines Lebens war die vor wenigen Tagen erfolgte Verleihung des Hofrathstitels.

Die sympathische Gestalt KAHLER's, dessen Leben der Arbeit, dessen Wirken der Wissenschaft und Humanität gegolten, wird unvergessen bleiben; sein Andenken in Ehren gehalten werden.

* * *

Der Trauer der Universitas litterarum, wie der allgemeinen Theilnahme an dem wahrhaft tragischen Geschick, das KAHLER beschieden war, gab sein engerer College, Hofrath NOTHNAGEL, in der Gedenkrede Ausdruck, welche er am Tage nach KAHLER's Tode in dem Auditorium seiner Klinik hielt. Nachdem er tief erschüttert seinen Hörern Kenntniß von dem Hinscheiden KAHLER's gegeben

und bewundernd des Heldenmuthes gedacht, mit welchem der Verblichene dem Tode in's Auge gesehen, fuhr NOTHNAGEL fort:

Reiche Ernte hat der Tod in den letzten Jahren in den Reihen unserer Facultät gehalten. So tragisch jedoch, so rein menschlich erschütternd wie dieser Todesfall ist keiner gewesen. Männer sind in das Grab gestiegen, die ein reich und überreich gesegnetes Tagewerk vollbracht hatten. Gestern hat der grausame Schnitter ein Dasein gemäht, welches soeben auf der sonnigen, aufsteigenden Höhe des Lebens angelangt war. Alles, was ein Menschendasein zu beglücken im Stande ist, war ihm vergönnt gewesen: eine heitere Fröhlichkeit des Geistes, eine sorgenfreie Existenz, die Wärme der Freundschaft, das Glück der Häuslichkeit, der befriedigende Ernst einer gediegenen Arbeit, äußerer Erfolg und ehrenvolle Anerkennung. All das ist ihm im reichsten Maße zu Theil geworden, und nun, angelangt beim höchsten Ziele, ist er in die finstere Gruft gesunken.

Professor KAHLER ist während der Zeit seines hiesigen Wirkens niemals ganz gesund gewesen. Vor vier Jahren hat sich das düstere Verhängniß zuerst gezeigt, und mehrfache Rückfälle haben seine Gesundheit untergraben. Dazu kam noch vor drei Jahren eine infectiöse Nervenerkrankung. Aber mit Ergebung, Heiterkeit und Mannesmuth hat er die schweren Schicksalsschläge ertragen, in allen Phasen der Schmerzen und Qualen haben ihn Ernst und Ruhe nicht verlassen. Bei dieser Gelegenheit ist es mir ebenso Pflicht wie Bedürfniß des Mannes zu gedenken, der in musterhaftester Treue und selbstlosester Hingebung keine Mühe und Anstrengung gescheut hat, Tag und Nacht am Krankenbette des geliebten Lehrers und Freundes thätig war, des Assistenten KAHLER's, Dr. KRAUS.

In Prag, wo sich die ganze erste Hälfte seines Lebens abgespielt hat, wurde KAHLER Docent, außerordentlicher und schließlich ordentlicher Professor. Damals stand die Prager Universität im Glanze ihres Ruhmes, und von allen Gegenden Deutschlands strömten lernbegierige Schüler und gereifte Männer zur weiteren Ausbildung ihres Wissens nicht nur nach Wien, sondern auch nach Prag. Dort genoß KAHLER die gute Methode einer guten klinischen Schule. Bald aber ging er über dieselbe hinaus und nahm die modernen wissenschaftlichen Methoden in sich auf. Seine Beiträge zur Pathologie des Nervensystems sind äußerst gediegene und werthvolle Arbeiten, sowohl mit Bezug auf die in ihnen enthaltenen anatomisch-klinischen Untersuchungen, als auch mit Rücksicht auf den experimentellen Theil derselben. Außerdem hat sich KAHLER auf den verschiedensten Zweigen der internen Medicin bethätigt. Er war wissenschaftlich ausgereift, so daß man von ihm erwarten konnte, er werde als Nachfolger seines großen Vorgängers BAMBERGER eine fruchtbare Thätigkeit auf wissenschaftlichem Gebiete entfalten. Mit wahrer Liebe und Begeisterung war er seinem Berufe ergeben; klar, anschaulich, durchsichtig lehrte er und suchte seine Schüler zu dem heranzubilden, was er selbst gewesen, ein guter Arzt. An einer ausgedehnteren literarischen Thätigkeit hier in Wien verhinderte ihn seine Krankheit. Aber noch bis vor wenigen Wochen trug er sich mit dem Gedanken an eine größere wissenschaftliche Arbeit. Eine Vorstudie „über den Rheumatismus“ wollte er noch zu einem größeren Werke verarbeiten. Nun sind alle Pläne mit ihm in's Grab gesunken.

Eine reiche Thätigkeit entwickelte KAHLER auch nach Außen. Noch vor Jahresfrist war es ihm gegönnt, einem erlauchten Mitgliede unseres erhabenen Kaiserhauses in schwerer Krankheit das Leben zu erhalten. Erschütternd bis in's Mark trifft uns der Gegensatz des gestrigen Tages: die mit dem Myrtenkranze geschmückte erhabene Braut, in ein neues Leben eintretend — der Arzt, der ihr das Leben gerettet hat, im letzten Ringen des Daseins die Augen für immer schließend. So tief empfunden unsere Wünsche dem erhabenen Paare gelten, so gewaltig erschüttert uns der Verlust eines so reich emporgeblühten Lebens. War es KAHLER auch nur eine kurze Spanne Zeit gegönnt, unter uns zu wirken, so werden wir doch Alle dem Heimgegangenen das Beste bewahren, was wir unseren Geschiedenen zu geben im Stande sind: ein warmes, ein treues, ein ehrendes Angedenken. Friede seiner Asche!

Unter dem tiefen Eindrucke dieser Worte wurde die Vorlesung geschlossen.

* * *

Der Wiener medicinische Club hielt am selben Tage eine würdige Trauer-Versammlung ab, welche nach einer Ansprache des Obmannes, Dr. MAX HERZ, geschlossen wurde. Dr. HERZ ehrte das Andenken KAHLER's durch folgende Worte:

Meine Herren!

Unter dem Eindrucke eines erschütternden Ereignisses stehen wir uns heute gegenüber. Unser Protector, Hofrath Prof. Dr. Otto KAHLER, ist nicht mehr!

Wir sind nicht gewöhnt mit diesem Titel den Namen KAHLER's zu verbinden; er klingt uns so fremd, ein Zeichen, wie plötzlich der Weg dieses Mannes abgeschnitten wurde. Sie erinnern sich ja Alle, wie er zu uns kam, ein Bild männlicher Kraft und Schönheit, vielversprechend, vielverheißend. Es schien, daß die nach BAMBERGER's Tode verwaiste Lehrkanzel wieder auf lange Zeit den würdigen Mann gefunden habe. KAHLER aber starb zu jung, er starb vor jener Zeit, in welcher er das Hauptwerk seines Lebens leisten sollte. Mit Schmerz hatten wir es vernommen, welch furchtbares Leiden ihn erfaßt, mit Staunen sahen wir die edle Art, mit welcher er das entsetzliche Los ertrug.

Ich hatte Gelegenheit, mit Prof. KAHLER vor längerer Zeit über unsere Clubangelegenheiten zu sprechen; er brachte denselben warmes Interesse entgegen und versprach den Verein kräftig zu unterstützen, obwohl er wußte, daß er es nicht mehr im Stande sein werde.

Seine wissenschaftliche Thätigkeit richtig zu würdigen, fühle ich mich nicht berufen.

Die Arbeiten, welche er im Vereine mit PICK herausgegeben, bilden einen Ring in der Kette jener Leistungen, welche die Neuropathologie auf die Höhe ihres heutigen Standes gebracht haben. Die Art seines Forschens war tiefernst, frei von jeder Sucht nach Effect.

Ehren wir das Andenken des Verblichenen durch Erheben von den Sitzen!

* * *

In der gestrigen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte widmete der Vorsitzende Prof. v. KRAFFT-EBING dem Andenken KAHLER's folgende Worte:

Wir sind gestern an der Bahre eines Mannes gestanden, der gar Vielen von uns ein lieber Freund, allen ein treuer College und ein hervorragendes Mitglied unserer gelehrten Gesellschaft war. Viele Wochen hindurch war wohl unser Aller Gemüth beständig beschäftigt mit dem Schicksal des edlen Collegen, des großen Dulders, der heldenhaft einem schweren Krankheitsproceß sich fügte, den ein unerbittliches Schicksal ihm auferlegte, und wogegen es keine Hilfe mehr gab. Es wäre unnöthig, Ihnen die Bedeutung des Verewigten zu schildern. Er war groß als Gelehrter, er war groß als Arzt und er war groß als Mensch. Man konnte dies sehen, als gestern der feierliche Act in der Kirche sich vollzog, wo nicht blos die Collegen und Standesgenossen, sondern in unabsehbaren Schaaren das Publikum herbeiströmte, von dem Unzählige in dem Verewigten ihren Retter, ihren Tröster, ihren Arzt verehrt hatten; sie drängten sich herzu, um ihm den letzten Gruß, den letzten Dank zu sagen. Die Bedeutung des Verewigten für die Wissenschaft ist keine geringe. Es fügte sich, daß sein aufstrebendes Talent mit einer Zeit zusammentraf, in welcher die damals noch in Kinderschuhen befindliche Neuropathologie zu frischem Leben erwachte und das Bedürfniß fühlte, auf pathologisch-anatomischer Grundlage einen sicheren Boden für weitere Fortschritte zu gewinnen. Ausgestattet mit allen Hilfsmitteln der Technik, vollendet in seinem Wissen, wendete sich der Verewigte mit Vorliebe diesem neuen, interessanten Gebiete der Wissenschaft zu. Was er darin geleistet hat, ist Ihnen bekannt. Ich erinnere bloß daran, daß er gerade die schwierigsten Gebiete der anatomisch-klinischen Forschung zu seinem Studium wählte, und wir verdanken ihm werthvolle Forschungen auf dem Gebiete der Systemerkrankungen des Rückenmarkes, der Erkrankungen des Gehirnes, der Neuritis multiplex, der Tabes u. s. w. So erklärt es sich, daß an seiner Bahre nicht blos die leidtragende Menschheit, sondern auch die Wissenschaft tief trauert. Es war dem Verewigten keine lange Bahn des Forschens und Strebens beschieden; mitten im schönsten Mannesalter, zur Zeit, wo das Beste von ihm erhofft und erwartet werden durfte, hat ihn der Tod dahingerafft. Er hat aber gesorgt dafür, daß sein Andenken für alle Zeiten in der Geschichte der Medicin bestehen bleibe. Ich weiß, daß ich aus Ihrer aller Herzen spreche, wenn ich Sie bitte, dem edlen Verewigten, unserem Freunde, unserem Collegen, unserem Mitgliede einen Augenblick weihevollen Gedenkens zu Theil werden zu lassen.

* * *

Ueber die Krankheitsgeschichte des Verblichenen verlauten folgende Details: Im Jahre 1889, unmittelbar vor seiner Berufung nach Wien, bemerkte KAHLER eine kleine Geschwulst an der Zunge, welche von Prof. GUSSENBAUER, nachdem KAHLER schon nach Wien übersiedelt war, zu Pfingsten desselben Jahres entfernt wurde. Die bösartige Natur der Neubildung ließ sich bei der mikroskopischen Untersuchung schon damals bestimmt nachweisen. Um Pfingsten 1890 bekam Prof. KAHLER im Anschlusse an eine entzündliche Halsaffection eine schwere Neuritis mit gefahrdrohendem Verlaufe, war aber schon in den Herbstferien wieder vollkommen hergestellt. Noch im Winter 1890 entstand nun aber allmälig ein Recidiv an der Narbe, welches nach Operation der erwähnten Zungenneubildung zurückgeblieben war. Prof. KAHLER mußte sich wieder einer Operation unterziehen, welche diesmal Hofrath BILLROTH ausführte. Im Jahre 1892 wurde eine dritte, neuerlich von GUSSENBAUER gemachte Operation nothwendig. Leider wurde auch durch diese das Leiden nicht vollständig zum Stillstande gebracht, und seither schritt die Neubildung unaufhaltsam weiter. — Lange Zeit hindurch war es den behandelnden Aerzten mit Aufgebot aller in solchem Falle gebotenen Mittel möglich, den Kranken über den Charakter seines Leidens zu täuschen; endlich mußte die Stunde kommen, welche für den Leidenden den Beginn jenes Martyriums bedeutete, das er mit so seltenem Mannesmuthe ertragen. Die „Euthanasia“ war dem kranken Arzte versagt. — —

(Wissenschaftlicher Verein der k. und k. Militärärzte der Wiener Garnison.) In der am 21. Januar abgehaltenen Sitzung führte Regimentsarzt Dr. LEWANDOWSKI einen Kanonier mit Hämaturie vor, welcher im Garnisonsspitale Nr. 2 in Behandlung stand und seit etwa zwei Jahren mit Schmerzhaftigkeit der Harnblase behaftet ist. Bei demselben trat Bluthanen ohne nähere veranlassende Ursache auf, und konnten im Urin in letzter Zeit außer Blut auch Bindegewebsfetzen nachgewiesen werden, nachdem ein Blasenstein vergebens gesucht wurde. Tripper war nicht vorausgegangen. Mittelst eines LEITER'schen Cystoskops entdeckte LEWANDOWSKI in der Blase multiple Polypen, welche je nach Einstellung des Beleuchtungsapparates verschiedene Bilder bilden. Letztere werden nach erfolgter Cocaïnisirung der Harnröhre und Füllung der Harnblase mit einer Borlösung in den verschiedenen Formen mit dem Cystoskop in der Sitzung demonstrirt. (Wir werden über diesen Fall demnächst ausführlich berichten.)

(Universitäts-Nachrichten.) Habilitirt haben sich: Dr RICHARD CRAMER als Privatdocent für Bacteriologie an der Universität München; Dr. GIUSTO PINTO für Geschichte der Medicin an der Universität Bologna; Dr. PALMIRO LEMOLI für Chirurgie an der Universität Pavia; Dr. GIUSTO PROFETA für Dermatologie und Syphiligraphie an der Universität Florenz; Dr. GIUSTO ZAGARI und Dr. ANGELO VOLPE für innere Medicin, Dr. ANTONIO BREGLIA für Anatomie, Dr. GAËTANO CORRADO für gerichtliche Medicin, sämmtlich an der Universität Neapel.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Dr. LEOPOLD GROSS, Sanitätschef im Departement des Ministeriums des Innern, ist nach 36jähriger Dienstzeit, während welcher er sich durch gewissenhafte Pflichterfüllung und Collegialität allgemeine Anerkennung und Verehrung auf einem schwierigen Posten erworben hatte, auf eigenes Ansuchen in den Ruhestand getreten. Zu seinem Nachfolger wurde ohne Rücksicht auf die bureaukratische Hierarchie Dr. CORNEL CHYZER, der Physicus des Zempliner Comitats, ernannt, eine Kraft ersten Ranges, der den Sanitätsdienst aus eigener Arbeit und Erfahrung durch und durch kennt, nebstbei ein bedeutender naturhistorischer und balneologischer Schriftsteller ist. Die allgemeine Beliebtheit, welche er sich durch seinen trefflichen Charakter erworben, wird ihm gewiß bei den großen Aufgaben, die seiner harren, nur zu Statten kommen.

(Die Reform des Poliklinikenwesens in Berlin.) In den Kreisen der praktischen Aerzte Berlins macht sich seit Monaten eine gewaltige Bewegung bemerkbar. Die beiden geschworenen Feinde der Praktiker — die Krankencassen und die Polikliniken — sind es vor Allem, gegen welche eine rührige Agitation entwickelt wird. Im Kampfe gegen die Cassen sind die Aerzte ein tüchtig Stück vorwärts gekommen; ein großer Theil der Berliner Krankencassen hat das Princip der freien Arztwahl angenommen, und frischen Muthes wird jetzt an die Bekämpfung des zweiten, nicht minder empfindlichen Krebsschadens der ärztlichen Praxis, die Polikliniken gegangen, welche nebst anderen hier nicht weiter auszuführenden Momenten die Aerzte vor Allem durch die Gewöhnung an die Unentgeltlichkeit ärztlicher Thätigkeit schädigen. Deshalb hat die Commission, welche von der im November v. J. stattgehabten allgemeinen Aerzteversammlung gewählt worden ist, an die Spitze ihres Programmes das Princip gesetzt: „Keine ärztliche Leistung ohne Gegenleistung." Demgemäß habe, so fährt der Bericht der Commission fort, jeder Patient auch in den Polikliniken Honorar zu zahlen. Nur nach zwei Richtungen soll unentgeltliche Behandlung gestattet sein: 1. Bei amtlich nachgewiesener Mittellosigkeit; 2. bei den Fällen, die zu Demonstrationszwecken verwendet werden, jedoch mit der Einschränkung, daß der Patient nur an dem Tage, wo er thatsächlich zur Demonstration verwendet wird, Anspruch auf freie ärztliche Behandlung hat, daß also auch die bloße Bereitwilligkeit, sich den Zwecken des Unterrichtes zur Verfügung zu stellen, nicht von der Honorarzahlung befreit. Das in den Polikliniken zu zahlende Honorar ist höher zu normiren als der Minimalsatz einer Consultation bei einem praktischen Arzt, weil sonst alle Welt in die Polikliniken gehen würde. Da sich diese Grundsätze nur schwer bei der jetzt bestehenden Vielheit der Polikliniken durchführen lassen, so will man die Verschmelzung dieser Anstalten zu großen Centralinstituten anstreben, und zwar erscheint der Commission folgende Gestaltung wünschenswerth. Es werden zwei Central Polikliniken für jedes Specialfach eingerichtet. Eine gehört der Universität und ist sämmtlichen einschlägigen Docenten gemeinsam, die andere ist Eigenthum der Privatärzte und wird aus deren Mitteln durch corporative Association hergestellt. Jedem Arzt soll es freistehen, ob er sich an dem zuständigen Centralinstitute betheiligen oder seine eigene Poliklinik halten will. Thut er ersteres, so verzichtet er damit auf die Haltung einer eigenen Poliklinik. Die Commission ist der Ueberzeugung, daß die außerordentlich großen Vortheile, welche die Centralinstitute bilden, die überwiegende Mehrheit, voraussichtlich sämmtliche Specialisten zur Theilnahme an denselben veranlassen werden. Die Reform kann jedoch nur unter der Bedingung zu Stande kommen, daß die Universität als größte Unternehmerin von Polikliniken — einzelne zählen über 20.000 Patienten jährlich — sich gleichmäßig an der Umgestaltung betheiligt. Hiezu ist das Eingreifen der Staatsregierung erforderlich, und es gilt, die Staatsleitung von der dringlichsten Nothwendigkeit der Reform zu überzeugen. Die Aerztekammer habe darzulegen, daß das bisherige Poliklinikwesen seinen Urgrund in dem Verhalten der Universität hat und daß es nothgedrungen zu dem gegenwärtigen unhaltbaren, mit dem finanziellen Ruin der Berliner Aerzteschaft gleichbedeutenden Zustande führen mußte, sowie daß die Alternative, vor der man augenblicklich stehe, kurzweg laute: „Entweder Reform der Polikliniken oder Verstaatlichung der Berliner Aerzteschaft!" In wenigen Tagen werden die Aerzte Berlins in einer allgemeinen Versammlung Gelegenheit haben, zu diesen Vorschlägen Stellung zu nehmen. — In Wien rührt sich Nichts, und doch sind auch hier die praktischen Aerzte durch dieselben Momente in ihrem Ansehen und Erwerbe schwer geschädigt, die in Berlin zu jener ernsten und wohlorganisirten Agitation geführt haben, welcher ein voller Erfolg gewünscht werden muß.

(Statistik.) Vom 15. bis inclusive 21. Januar 1893 wurden in den Civilspitälern Wiens 6297 Personen behandelt. Hievon wurden 1171 entlassen; 131 sind gestorben (10·1% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 55, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltypus 6, Dysenterie 1. Blattern 2, Varicellen 92, Scharlach 47, Masern 464, Keuchhusten 20, Wundrothlauf 25, Wochenbettfieber 3. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 619 Personen gestorben (— 9 gegen die Vorwoche).

## Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

**Wissenschaftliche Versammlung**

**Montag den 30. Januar 1893, Abends 7 Uhr**
im Saale der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Programm:

**Dr. Ludwig Frey:** Die Behandlung der Tuberculose mittelst subcutaner Creosot-Injectionen.

## Wiener Medicinischer Club.

**Sitzung**

**Mittwoch den 1. Februar 1893, Abends 7 Uhr**
im kleinen physiologischen Hörsaale (Gewehrfabrik).

Programm:

**Prof. Dr. R. v. Mosetig-Moorhof:** Zur Therapie mykotischer Erkrankungen.



Verantwortlicher Redacteur: Dr. M. T. Schnirer.

**Offene Correspondenz der Redaction und Administration.**

Herrn Dr. V. L. in Kopenhagen. Die Separatabdrücke sind Ihnen schon am 17. d. M. gesandt worden.